

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 873.

---

DE

# L'ATROPHIE DES GOITRES

LAISSÉS EN PLACE

APRÈS DIVERSES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CORPS THYROÏDE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Lucien JENNY**

Né à Paris (Seine), le 23 février 1870.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



**LYON**

**IMPRIMERIE L. BOURGEON**

7, rue des Marronniers.

—  
1893



Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 873.

---

DE  
**L'ATROPHIE DES GOITRES**

**LAISSÉS EN PLACE**

**APRÈS DIVERSES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CORPS THYROÏDE**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

et soutenue publiquement le 23 décembre 1893

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Lucien JENNY**

Né à Paris (Seine), le 23 février 1870.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



**LYON**

**IMPRIMERIE L. BOURGEON**

7, rue des Marronniers.

1893

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
GAYET. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

## PROFESSEURS

|                                                           |               |
|-----------------------------------------------------------|---------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | { MM. LÉPINE. |
|                                                           | BONDET.       |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                          | { OLLIER.     |
|                                                           | PONCET.       |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           | FOCHIER.      |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                         | GAYET.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . | GAILLETON.    |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  | PIERRET.      |
| Physique médicale. . . . .                                | MONOYER.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .                | HUGOUNENQ.    |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 | CAZENEUVE.    |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   | FLORENCE.     |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                    | LORTET.       |
| Anatomie. . . . .                                         | TESTUT.       |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 | RENAUT.       |
| Physiologie . . . . .                                     | MORAT.        |
| Pathologie interne. . . . .                               | TEISSIER.     |
| Pathologie externe. . . . .                               | BERNE.        |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            | MAYET.        |
| Anatomie pathologique. . . . .                            | TRIPIER.      |
| Médecine opératoire . . . . .                             | X.            |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               | ARLOING.      |
| Médecine légale. . . . .                                  | LACASSAGNE.   |
| Hygiène . . . . .                                         | ROLLET.       |
| Thérapeutique . . . . .                                   | SOULIER.      |
| Pharmacie . . . . .                                       | CROLAS.       |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . M. LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. . . . . MM. WEILL, agrégé.  
Accouchements . . . . . POLLOSSON, —  
Botanique . . . . . BEAUVISAGE. —

## AGRÉGÉS

|                |                |                                           |
|----------------|----------------|-------------------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. GANGOLPHE. | MM. ROLLET (ÉTIENNE).                     |
| BEAUVISAGE.    | JABOULAY.      | ROQUE.                                    |
| CONDAMIN.      | LANNOIS.       | ROUX.                                     |
| COURMONT.      | PERRET.        | VIALLETON.                                |
| DEROIDE.       | POLLOSSON.     | WEILL.                                    |
| DEVIC.         | ROCHET.        | BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé. |
| DIDELOT.       | RODET.         |                                           |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. CONDAMIN, *Assesseur*; MM. AUGAGNEUR et JABOULAY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

Monsieur le Professeur PONCET

*A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES*

## INTRODUCTION

---

Pendant notre année de stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion d'assister à de nombreuses opérations pratiquées pour des goîtres, soit par lui, soit par son assistant M. le docteur Jaboulay, et nous avons souvent entendu notre maître appeler l'attention dans ses leçons cliniques sur les modifications que subissaient les tissus goitreux laissés en place.

Depuis plusieurs années, il avait pu observer qu'après les extirpations partielles de goîtres, quelle que fût la méthode opératoire suivie, il se produisait une diminution rapide des tissus hypertrophiés restants. Il s'agit, dans ces cas, d'une véritable atrophie qui nous a paru d'autant plus intéressante à étudier qu'elle n'a été jusqu'à ce jour, l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Cette atrophie d'un goitre, consécutive à une intervention chirurgicale sanglante nécessitée par telle ou telle manœuvre opératoire sur la thyroïde hypertrophiée, soulève toute une série de questions importantes soit au point de vue du traitement du goitre, soit au

point de vue des fonctions encore si mal connues de la glande thyroïde, etc.

Il est certain que beaucoup des éléments suffisants pour résoudre ces divers desiderata nous font défaut, mais, dans ce travail, basé sur un certain nombre d'observations personnelles recueillies dans le service de M. le professeur Poncet, nous nous proposons d'établir un fait peu connu ou tout au moins mal connu jusqu'à présent, dont les conséquences thérapeutiques ne sauraient échapper : nous voulons parler de l'atrophie du goître laissé en place après les diverses opérations pratiquées sur la thyroïde. C'est là le sujet de notre thèse qui, en dehors de tout autre mérite, aura au moins celui de l'actualité.

Depuis tantôt quinze ans, peu de questions ont en effet autant préoccupé les chirurgiens que celle du traitement des goîtres. De nombreux travaux ont été publiés en Suisse, en Allemagne tout particulièrement, et, en France, c'est à Lyon, (Th. de Boyer, 1884, Th. de Fontaine de Prelle, Th. d'Augier, 1892, Th. de Gérard, 1893), que les procédés opératoires nouveaux ont été pour la première fois régulièrement employés, sans parler des modifications heureuses qui ont pu y être apportées en dehors des traitements chirurgicaux déjà connus.

Grâce à la situation qu'il occupe, au milieu ou au voisinage de départements goitrigènes, l'Hôtel-Dieu de Lyon est certainement un des hôpitaux où il entre le plus de goitreux, venant réclamer un traitement chirurgical pour les complications souvent des plus graves qu'engendre leur hypertrophie thyroïdienne.

Maintes fois, dans le service de la clinique chirurgicale, nous avons eu l'occasion de voir des cancers thyroïdiens greffés le plus souvent, suivant la remarque de M. Poncet, sur de vieux goitres, et nous avons été surpris des nombreux troubles fonctionnels très graves provoqués par les goitres. Ce sont ces derniers seuls qui nous occuperont à peu près exclusivement. Ils réclament, dans l'immense majorité des cas une intervention chirurgicale, car il est rare, surtout dans les hôpitaux, que les malades viennent demander une opération purement esthétique.

Le traitement chirurgical des goitres est si bien réglé aujourd'hui dans ses procédés, les suites opératoires sont si simples, que l'on ne saurait refuser l'opération en se plaçant seulement sur le terrain de la forme. C'est là tout au moins l'avis de M. le professeur Poncet et, plusieurs fois, il lui est arrivé d'enlever à des jeunes gens désireux de se marier des goitres plus ou moins volumineux, n'entraînant pas de troubles fonctionnels et que les malades considéraient uniquement comme une difformité gênante.

Les indications opératoires sont, on le voit, loin d'être rares dans le traitement des goitres qui ont, bien entendu, résisté auparavant à un traitement médical dont les substances iodées sont la base.

Nous divisons notre travail en plusieurs chapitres et nous n'aurons en vue, dans le traitement chirurgical du goitre s'accompagnant d'atrophie des parties restantes, que les opérations sanglantes aujourd'hui méthodiquement employées, laissant de côté tout l'ar-

senal ancien de la période préantiseptique qui n'a plus qu'un intérêt historique.

Le premier chapitre sera donc consacré à des considérations générales sur les diverses variétés de goitre et sur les opérations qui leur conviennent : thyroïdectomie partielle, strumectomie ou énucléation intraglandulaire (Socin), exothyropexie ou exposition au dehors des goitres (Jaboulay, Poncet).

Dans un deuxième chapitre nous envisagerons l'atrophie des portions goitreuses laissées en place après les opérations partielles.

Le mécanisme de la résorption, les élévations de température passagères qui succèdent à toute intervention sanglante sur le corps thyroïde, constituent dans l'histoire du traitement chirurgical du goitre des points fort intéressants sur lesquels nous appelons tout particulièrement l'attention grâce à de nombreuses observations que nous avons pu recueillir.

Ces faits cliniques forment l'objet de notre troisième chapitre.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous groupons les observations sur lesquelles repose notre thèse. Une grande partie de ces observations a été extraite de la littérature allemande. Nous en avons fait nous-même la traduction et nous espérons que l'on nous saura gré de la peine que nous nous sommes donnée pour mener ce travail à bonne fin.

Mais avant d'aborder notre sujet nous devons remercier publiquement M. le professeur Poncet chez qui nous avons fait notre stage de chirurgie et qui a

bien voulu prendre la direction de notre thèse. En nous adressant à lui nous étions sûr de recevoir un bon accueil. Notre espérance n'a pas été déçue et toujours nous nous souviendrons de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous remercions également M. le professeur agrégé Jaboulay l'auteur de l'exothyropexie, opération qui tient une place si importante dans notre travail. Nous avons été heureux de pouvoir mettre ses conseils à profit.

M. le D<sup>r</sup> Orcel, le sympathique chef de la clinique chirurgicale, a bien voulu nous communiquer les résultats de ses expériences personnelles relatives à la toxicité urinaire chez les goitreux opérés. Nous l'en remercions vivement.

Enfin, nous témoignons notre reconnaissance à MM. Siraud et Lagoutte, internes du service de M. Poncet, qui ont mis leurs observations à notre disposition, et au D<sup>r</sup> Mennessier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce dont la science de la langue anglaise nous a été si utile.

---



## CHAPITRE I.

---

### **Considérations générales sur les diverses variétés de goitres et sur les opérations qui leur conviennent.**

Le corps thyroïde se compose d'une charpente conjonctive qui forme une sorte de trame dans les mailles de laquelle se trouve englobé le tissu propre de la glande, le tout étant parcouru et nourri par des vaisseaux.

Donc, trois éléments principaux en présence : tissu conjonctif, parenchyme glandulaire, vaisseaux. Sous une influence qui, à l'heure actuelle nous échappe encore, ces divers éléments peuvent se développer d'une façon anormale. L'organe prend alors un volume quelquefois énorme et donne lieu à l'affection connue sous le nom de goitre.

Suivant que l'hyperplasie porte de préférence sur tel ou tel de ces éléments, nous avons soit un goitre fibreux, soit un goitre parenchymateux, soit un goitre vasculaire. Mais, entre ces trois variétés, il existe de

nombreux intermédiaires. Ainsi, par exemple, les trois formes peuvent se trouver réunies sur le même individu : les goîtres parenchymateux, quand ils acquièrent un volume considérable sont souvent très vasculaires. Quant aux goîtres fibreux, ils sont rarement primitifs. Ce sont, dans le plus grand nombre de cas, de vieux goîtres parenchymateux en voie de régression.

Le goitre parenchymateux, si l'on comprend sous cette désignation tous les goîtres ayant leur point de départ dans les follicules glandulaires, est de beaucoup la forme la plus fréquente. Il en existe plusieurs variétés.

Quand l'hyperplasie porte sur le tissu propre, sans changement de structure, quand, en un mot, il n'y a qu'une simple augmentation de volume de l'organe, on a affaire à un goitre parenchymateux proprement dit. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il n'est pas rare de voir le tissu thyroïdien se dévier plus ou moins de son type normal : les follicules dont il se compose se chargent d'une substance épaisse et visqueuse, on a alors un goitre colloïde. Cette forme donne lieu parfois à des tumeurs d'un volume excessif. Enfin, un ou plusieurs follicules peuvent subir un développement exagéré, se remplir de liquide; c'est là l'origine du goitre kystique.

Le contenu de ces kystes est variable. Séreux au début, il peut, soit sous l'influence d'un traumatisme ou d'une grossesse, soit sans cause appréciable, devenir hématique par suite de la rupture d'une artériole ou d'une veinule dans son intérieur.

Telles sont en gros, au point de vue anatomo-patho-

logique, les diverses variétés de goitre. Mais, au point de vue chirurgical, il y a quelque chose de plus qu'il est extrêmement important de connaître, c'est la répartition des lésions. En effet, suivant que le corps thyroïde tout entier sera malade ou que le néoplasme sera localisé, l'intervention différera.

Dans un grand nombre de cas, le tissu pathologique n'occupe qu'une partie de la glande où il forme un ou plusieurs noyaux (Kropfknoten des Allemands). Chacun de ces noyaux s'isole nettement du tissu thyroïdien ambiant; il s'enkyste, pour ainsi dire, en s'enveloppant d'une capsule.

Virchow est d'avis que la cellule épithéliale proprement dite du corps thyroïde est le point de départ des goitres. Mais l'opinion de Wölfler nous rend mieux compte de la formation des noyaux encapsulés. Pour ce dernier, en effet, l'origine du goitre résiderait dans les cellules restées à l'état foetal ou embryonnaire situées dans les espaces interstitiels de la glande et qui n'attendent qu'une occasion pour se développer. Ces cellules, en se multipliant et en se développant refoulent le tissu conjonctif lâche qui les environne et forment ainsi des noyaux isolés, séparés du reste du tissu glandulaire par une zone de tissu conjonctif lâche qui, lors de l'opération, permettra leur facile énucléation. Ces noyaux, rarement superficiels ne font saillie à l'extérieur qu'après avoir atteint un certain volume et avoir chassé devant eux le tissu thyroïdien normal, en sorte que, pour les atteindre, il faut d'abord inciser la capsule propre du corps thyroïde, puis une couche de tissu glandulaire normal.

La structure intérieure des noyaux *encapsulés* est variable : les uns, véritables kystes, répondent à la description que nous avons déjà faite de ces lésions : ils sont composés d'une coque assez mince dans laquelle est collecté un liquide soit séreux soit hématique. Le kyste peut être unique : sans tendance à la guérison spontanée, il s'accroît sans cesse, ou bien il demeure stationnaire : on en a signalé qui contenaient un litre et plus de liquide. Mais le plus souvent, on observe dans le même organe un grand nombre de ces kystes ; le corps thyroïde en est parfois comme farci. Une malade, chez laquelle M. Poncet pratiqua cet été l'énucléation intra-glandulaire, était porteur d'un goitre polykystique. Il y avait un kyste du volume d'un œuf de dinde développé aux dépens du lobe droit ; huit ou dix autres kystes de volume variant de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon furent également énucléés ; d'autres, plus petits furent laissés en place.

Les kystes, à contenu liquide, ne sont pas la seule forme de goitres énucléables. Le tissu goitreux, comme nous l'avons vu, est susceptible de s'isoler du reste de la masse, de manière à former un noyau encapsulé : on a ainsi un véritable kyste charnu. L'apparence extérieure est souvent la même que lorsqu'il s'agit de kystes à contenu liquide, et le diagnostic est, dans nombre de cas, impossible, ces masses donnant souvent une fausse sensation de fluctuation semblable à celle des kystes liquides. D'ailleurs, cette distinction n'a d'autre intérêt que la satisfaction morale qu'éprouve le chirurgien d'avoir fait un diagnostic complet et

exact, car, comme nous allons le voir, ces deux lésions sont justiciables de la même opération.

Enfin, il existe une forme intermédiaire dans laquelle le kyste est composé d'une coque épaisse de tissu parenchymateux rappelant de tous points celui du goitre charnu et d'un contenu liquide qui ne diffère pas de celui des autres kystes. Nous en avons observé un très bel exemple pendant le dernier semestre à la clinique chirurgicale de M. Poncet.

Quel est le traitement de choix de ces lésions ?

Nous aurons recours à l'énucléation intraglandulaire, appelée opération de Socin, du nom de l'auteur qui l'a préconisée et réglementée. Après avoir sectionné les plans superficiels qui recouvrent la tumeur, nous incisons le tissu thyroïdien jusque sur le kyste, puis, abandonnant le bistouri, à l'aide du doigt, nous énucléons, à la manière des kystes sébacés, chaque noyau l'un après l'autre. Cette opération est beaucoup plus simple que la thyroïdectomie; elle ne nécessite pas la ligature d'artères importantes; l'hémorragie et l'entrée de l'air dans les veines sont beaucoup moins à craindre. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, les kystes peuvent exister en grand nombre: on ne peut alors songer à les énucléer tous. Dans ces cas, ou bien l'on pratique la thyroïdectomie partielle, ou bien, et cela est peut-être préférable, on énuclée les principaux en laissant les autres s'atrophier spontanément. Nous renvoyons, pour les détails relatifs à cette opération, à la thèse de M. Fontaine de Prelle (Lyon 1892).

Les goitres justiciables de la strumectomie sont les plus fréquents, du moins à Lyon, où les malades nous

arrivent de la Haute-Savoie, de la Savoie, de la Haute-Loire, de la Loire, de l'Isère et du Rhône. M. Augier donne la proportion de 4 sur 5. Nous sommes arrivé au même résultat.

Si le tissu de nouvelle formation s'isole le plus souvent du tissu thyroïdien ambiant, il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, la transformation porte soit sur un lobe ou partie d'un lobe, soit sur toute la glande sans délimitation bien nette entre le tissu sain et le tissu morbide. Ces deux variétés ont pour caractère commun de ne pas présenter des masses encapsulées susceptibles d'être énucléées : ce sont des goitres *anencapsulés*.

Occupons-nous de la première variété : un lobe ou une partie d'un lobe sont envahis, le reste de la glande est sain. Dans ce cas, pas de strumectomie possible puisqu'il n'y a pas de noyaux enkystés : il faut recourir à la thyroïdectomie partielle, opération qui consiste à amputer la partie du lobe ou le lobe entier dégénérés. Cette opération, plus grave que la strumectomie, nécessite la ligature des vaisseaux thyroïdiens qui se rendent au lobe malade. Le manuel opératoire de la thyroïdectomie partielle a été décrit avec soin dans la thèse de M. Augier (Lyon 1892).

La seconde variété de goitres anencapsulés n'est pas la moins intéressante : c'est l'infiltration diffuse du corps thyroïde : toute la glande est intéressée, ou bien s'il existe des parties saines, celles-ci sont tellement petites et noyées au sein du tissu goitreux qu'il est permis de n'en pas tenir compte. D'ordinaire, la lésion débute par un côté qui s'accroît plus que l'autre,

puis, la lésion s'étend et gagne le côté opposé, en sorte que cette variété n'est souvent qu'un degré plus avancé de la précédente. Comme dans celle-là, pas de noyaux isolés, par conséquent, pas de strumectomie ; toute la glande est malade, on ne peut donc enlever toute la lésion en respectant des parties de l'organe. D'autre part, nous savons à quoi expose la thyroïdectomie totale. Il n'y a aucun avantage, comme on l'a dit « à transformer les goitreux en crétins ».

Que faire alors ?

Deux opérations, dont l'une de date toute récente, entrent en parallèle : nous avons nommé la thyroïdectomie partielle et l'exothyropexie.

Le manuel opératoire de la première est sensiblement le même que dans le cas précédent, seulement, au lieu de porter sur le tissu sain, la section porte en plein tissu pathologique.

De quel lobe ferons-nous l'ablation ? Le chirurgien ne peut guère se prononcer d'avance. S'il existe des troubles fonctionnels, il est évident que l'on s'attaquera au lobe plongeant ou constricteur, puisque l'intervention a pour but essentiel de faire cesser ces troubles. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que le lobe le plus développé n'est pas toujours celui qui cause le plus d'accidents. Il n'est pas nécessaire que la tumeur soit bien volumineuse pour produire la dysphagie, la dyspnée et l'asphyxie. On a vu mourir des gens qui ont succombé au premier accès d'asphyxie dû à un goitre ne dépassant pas les dimensions d'une noix. Il faut donc s'attaquer d'abord au lobe qui est cause des accidents. Puis si la tumeur est volumineuse on pourra songer à

extirper aussi un autre lobe ; ce sera ou bien le plus développé ou bien le plus facile à enlever. Mais jamais on ne perdra de vue ce précepte qu'il faut laisser une partie de l'organe suffisante pour s'opposer à l'apparition des complications qui suivent la thyroïdectomie totale.

Que deviendront les parties du goitre laissées en place ? Vont-elles, à l'exemple des parties du corps thyroïde qu'on épargne dans la thyroïdectomie partielle pratiquée expérimentalement chez les animaux, subir une hypertrophie compensatrice ? — Nullement. Dans le plus grand nombre de cas elles vont, au contraire, s'atrophier spontanément. Nous possédons à ce sujet des observations très concluantes, notamment celle d'un jeune homme de 19 ans chez qui le corps thyroïde était hypertrophié en masse. Après l'ablation du lobe droit et du médian pesant ensemble 500 gr., le lobe gauche presque aussi volumineux ne tarda pas à s'atrophier.

Bien que les résultats définitifs soient presque aussi complets que ceux que donnerait une thyroïdectomie totale, jamais on n'a vu survenir les complications imputables à cette opération.

La thyroïdectomie partielle dans les cas de goitre intéressant toute la glande est donc une excellente opération.

Nous avons dit qu'une autre intervention entrerait en parallèle avec elle : c'est ce que M. Poncet appelle l'exothyropexie ou opération de Jaboulay, du nom du chirurgien qui l'a pour la première fois pratiquée.

Dans toutes les opérations dirigées contre le goitre, on cherche à supprimer la tumeur soit en l'enlevant, moyen tout à fait radical, soit en provoquant sa régression. Dans les thyroïdectomies partielles pour goitres charnus envahissant toute la glande, les parties laissées en place ne tardent généralement pas à diminuer de volume. Il est bien évident que ce n'est pas le fait d'enlever une partie de la thyroïde qui produit l'atrophie du reste, mais bien plutôt les conditions nouvelles qui président à la nutrition de l'organe. Aussi s'est-on demandé si, tout en respectant l'intégrité du corps thyroïde, on ne pourrait pas le faire entrer en régression. C'est ce que l'expérience devait démontrer : l'exothyropexie n'a pas d'autre but.

Cette opération, pratiquée pour la première fois au mois de mars 1893 par M. Jaboulay, répétée depuis plusieurs fois, a déjà fait ses preuves. Voici la définition qui en a été donnée : « C'est une opération consistant dans le déplacement méthodique du goitre, sur lequel on arrive à ciel ouvert par une incision plus ou moins longue, subordonnée au volume de la tumeur, puis, son exposition entre les lèvres de la plaie sous un pansement antiseptique. » (Poncet. Bull. méd. 19 mars 1893.)

Dans la première opération, le corps thyroïde tout entier fut exposé entre les lèvres de la plaie. Une intervention aussi complète n'est pas indispensable.

Dans la seconde exothyropexie, qui fut pratiquée par M. Poncet, toute la glande fut mobilisée, mais un lobe seul fut fixé entre les lèvres de la plaie. Or, l'atrophie

porta non seulement sur le lobe exposé, mais encore sur ceux qui avaient été laissés en place.

Peut-être pourra-t-on encore simplifier la méthode. Voici à ce sujet comment s'exprimait M. Poncet (loco citato) dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon : « Il est possible que, dans certains cas, dans les tuméfactions jeunes, par exemple, la simple incision des parties molles sur la ligne médiane, sans même toucher à la tumeur, entraîne l'atrophie à la manière des incisions sous-ombilicales, dans certaines affections abdominales ».

L'exothyropexie est applicable aux goîtres charnus diffus; elle leur est applicable même quand ils contiennent des noyaux susceptibles d'être énucléés; enfin, elle est encore applicable alors qu'un seul lobe ou une partie d'un lobe sont pris. C'est une opération beaucoup plus simple que la thyroïdectomie, plus simple aussi que la strumectomie.

On pratique une incision sur la ligne médiane; on écarte les muscles situés au devant de la tumeur, quand celle-ci ne s'est pas en quelque sorte exothyropexiée d'elle-même, ainsi que cela s'observe parfois. On mobilise la tumeur et on l'attire au dehors. Il est bon, pour maintenir le corps thyroïde et s'opposer le plus possible aux troubles fonctionnels, de ne pas faire descendre l'incision trop bas. Si l'on a besoin de se donner du jour, mieux vaut la prolonger en haut: on ne court aucun risque tandis qu'en bas se trouvent de gros troncs veineux. (Voir Gérard. Th. de Lyon 1893.)

Pendant cette opération, on n'a pas à redouter d'hé-

morragie sérieuse, pas d'entrée de l'air dans les veines, etc. Elle peut-être exécutée en quelques minutes, ne nécessite pas une connaissance aussi approfondie de la région que la thyroïdectomie et met moins en danger la vie du malade. Mais elle a un inconvénient, c'est la durée du traitement consécutif. En effet, l'atrophie est assez lente à se faire, les pansements doivent être fréquemment renouvelés. Nous avons vu presque côte à côte, dans la salle Saint-Philippe, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, deux malades atteints, l'un de goitre kystique, qui subit la strumectomie, l'autre de goitre charnu diffus chez qui l'on pratiqua l'exothyropexie. Ces deux malades furent opérés à un jour ou deux d'intervalle. Or, le premier quittait la clinique exactement quinze jours après l'intervention ; le second au bout de trois mois était toujours à l'hôpital, non encore complètement guéri. Enfin, il existe pendant toute cette durée une plaie qui est susceptible de s'infecter. Mais, c'est là un inconvénient à l'abri duquel on pourra se mettre grâce à l'emploi d'une bonne antisepsie.

Si cette opération est suivie d'un long traitement, elle a du moins pour elle l'avantage inestimable de la sécurité. Elle fait cesser instantanément les troubles respiratoires : la trachée se trouve décomprimée et elle est maintenue en bonne position par le corps thyroïde qui lui tient lieu d'attelle, avantage qui n'est pas à dédaigner, car, comme on le sait, la trachée, quand elle a été longtemps comprimée par un goitre, est toujours plus ou moins aplatie, déformée en lame de sabre ; ses anneaux cartilagineux sont souvent ramollis au point que, sur une longueur d'un ou de plusieurs cen-

timètres, elle est constituée par un canal membraneux dont les parois ne tardent pas à s'accoler en déterminant une asphyxie à laquelle on ne peut parer qu'en pratiquant une trachéotomie immédiate, si toutefois cependant on a le temps d'intervenir.

---

## CHAPITRE II.

---

### **Etude clinique de l'atrophie des portions goitreuses laissées en place après les opérations partielles.**

Lorsqu'on pratique une thyroïdectomie partielle ou une exothyropexie pour goitre occupant toute la glande, les parties de l'organe laissées en place s'atrophient progressivement. Nous allons étudier la marche clinique de cette régression et les phénomènes qui l'accompagnent.

L'atrophie est plus ou moins rapide : tantôt elle apparaît peu de temps après l'opération et se termine promptement (Observation VII), tantôt elle ne se montre que tardivement et se fait lentement (Observation VIII); elle est soumise à des influences qui nous échappent encore, rien de positif jusqu'à présent n'ayant été établi relativement au mécanisme de cette atrophie. Nous en sommes encore réduits à des conjectures. Cependant, parmi les hypothèses qui peuvent être émises à ce sujet, nous indiquerons, chemin faisant,

celles qui nous paraissent les plus plausibles et la raison de cette préférence.

En parcourant les observations que nous rapportons, on pourra se rendre compte d'un fait, c'est que souvent, les malades chez lesquels la régression est le plus marquée sont des individus jeunes, de 15 à 25 ans, quoique cependant il y ait de nombreuses exceptions.

Tels sont la plupart des malades de S. Jones, de Wolff.

Dans les observations tirées de la thèse de M. Augier, il s'agit aussi de jeunes gens. Le malade de M. Gangolphe avait 16 ans, les deux premiers malades exothyropexiés par M. Jaboulay et M. Poncet étaient âgés, le premier de 15 ans, le second de 26 ans. D'une façon générale, il s'agit d'individus assez jeunes, mais leurs goîtres sont aussi le plus souvent d'origine récente.

Pourquoi la régression du goitre après les opérations partielles se fait-elle si aisément chez les jeunes gens ? — Peut-être ne faut-il voir là qu'un effet de la vitalité plus grande chez les individus encore à la fleur de l'âge, dont la vigueur n'a pas été atteinte par les maladies antérieures et par les fatigues de la vie. L'être jeune réagit plus énergiquement que le vieillard, un adulte supporte mieux une maladie aiguë qu'un homme âgé. Cependant, dans les sciences médicales, il n'y a rien d'absolu. Ainsi, chez une des malades que nous avons observées dans le service de M. Poncet (Observation IX), âgée de 16 ans, l'atrophie qui suivit l'exothyropexie se fit très lentement. Trois mois après

l'opération, elle n'était pas complète et pourtant la tumeur ne remontait qu'à un an.

Il faut évidemment tenir compte de la nature anatomique des goîtres opérés. Nous avons en vue surtout le goitre charnu. C'est lui qui s'atrophie rapidement, tandis que les vieux goîtres devenus fibreux ou calcifiés et les goîtres kystiques sont beaucoup moins influencés par l'opération.

Certains auteurs prétendent n'avoir jamais observé l'atrophie des parties restantes du goitre après les opérations partielles; on a même cité des cas de récidives. Ainsi, « Reverdin, après avoir extirpé partiellement un goitre lobulé, dut réséquer le même malade pour une récidive survenue dans les parties primitivement respectées du corps thyroïde ». (Thierry, Th. de Paris, 1885-86.) Wolff lui-même sur vingt-six cas note six récidives, mais, à ce sujet, il fait remarquer l'importance qu'il y a à revoir souvent les malades. Dans les six cas qu'il a observés, la récidive a toujours été précédée d'une atrophie parfois complète. L'atrophie serait passée inaperçue si le malade n'avait été examiné que plusieurs années après l'opération. Fritz Bally (Th. inaugurale, Bâle 1891) dit que dans aucune des douze opérations partielles pratiquées par Socin de 1887 à 1890 on n'a vu survenir l'atrophie des parties laissées en place.

Il est permis de se demander en présence de ces faits si les opérateurs se trouvaient dans les mêmes conditions. Leurs sujets n'étaient-ils pas affaiblis? Les goîtres traités n'étaient-ils pas de vieux goîtres devenus en quelque sorte inertes et insensibles aux excita-

tions ; enfin, la mobilisation de la glande et les manœuvres avaient-elles été faites avec une intensité suffisante pour réveiller l'organe endormi.

Quoi qu'il en soit, les faits que nous rapportons sont positifs. Nous avons maintes fois constaté l'atrophie des portions de goitres laissées en place ; des malades qui avaient subi l'exothyropexie ont été présentés complètement guéris aux Sociétés savantes de Lyon. Le fait est indéniable.

Comme le disait un jour M. le professeur Arloing dans son cours de médecine expérimentale : « Un grand nombre de faits négatifs ne peuvent pas détruire un fait positif unique, s'il a été bien observé. Il faut en chercher l'explication dans les conditions qui ont présidé à sa production ».

A l'heure actuelle, les conditions qui président au phénomène de l'atrophie du goitre nous échappent. Peut-être ceux qui viendront après nous seront-ils plus heureux. En tout cas, nous devons enregistrer les faits que des auteurs dignes de foi ont constaté et ceux que nous avons observés par nous-même.

Il est probable que la nature du goitre joue un rôle important. Le goitre parenchymateux simple semble être celui qui subit l'atrophie la plus complète. « S'il s'agit d'un goitre purement hypertrophique, dit Wolff (Berl. Klin. Woch. 1892. p. 17), sans symptôme simultané de maladie de Basedow et si l'on extirpe radicalement une moitié de ce goitre, dans tous les cas sans exception le reste rétrocedera. »

Certains auteurs, entre autres Küster, dans une discussion à la Société médicale de Berlin (Berl. Klin.

Woch. séance du 16 mars 1887), ont même contesté la valeur des observations d'atrophie de goitre.

Il y a là, disent-ils, une erreur d'observation ; le lobe respecté est saillant comme un promontoire. Sous l'influence d'une compression ou d'une manœuvre quelconque, ce lobe bascule et vient se placer dans la loge qu'occupait la masse extirpée. La preuve en est, suivant eux, que l'on peut voir ce phénomène se produire immédiatement après l'opération, alors qu'une atrophie quelconque n'a pas eu le temps de se produire.

Il peut, en effet, en être ainsi dans quelques cas. Et, à l'appui de sa thèse, Küster apporte une observation qui cependant n'est pas très concluante, la transformation dont il parle ayant mis une quinzaine de jours à se produire.

Mais, répond Wolff, dans le plus grand nombre de cas, il y a réellement atrophie, car, s'il y avait un simple changement de place du lobe goitreux, on devrait le sentir par la palpation, ce qui n'est pas. De plus, du côté où a eu lieu l'extirpation, on peut, par la palpation, sentir nettement à travers la peau, la partie correspondante de la trachée.

Nous nous permettrons d'ajouter les remarques suivantes :

Le lobe non extirpé est bien atrophié et non changé de place, car, les récidives se produisent presque toujours du côté non opéré, ainsi qu'on le verra plus loin.

Chez les jeunes gens, on peut voir survenir une atrophie spontanée sans opération ; il est donc très rationnel d'admettre qu'une intervention qui excite l'organe seconde la nature et lui vienne en aide.

Enfin, nous avons un argument contre lequel, pensons-nous, on ne pourra rien objecter.

La meilleure preuve de l'atrophie du goitre serait de voir cette modification se produire directement sous nos yeux. Il y a une opération qui nous permet d'arriver à ce résultat : c'est l'exothyropexie, dont nous avons déjà parlé. Le goitre est mis à nu et bien placé en évidence; c'est en cela que consiste essentiellement l'opération. Rien n'est si facile alors que de voir si oui ou non, le corps thyroïde s'atrophie. Eh bien, oui ! dans ce cas il y a réellement atrophie : c'est le résultat que l'on recherche. On l'obtient alors même qu'une partie plus ou moins considérable du goitre est exposée entre les lèvres de la plaie. Et ici, il est absolument impossible d'invoquer un changement de place du corps thyroïde.

L'atrophie des parties restantes du goitre semble, à première vue, un phénomène contradictoire avec ce que nous montrent les expériences faites par les physiologistes sur des animaux sains. On sait, en effet que si, chez un rat par exemple, on pratique une thyroïdectomie totale, l'animal ne tarde pas à succomber, et que si parfois il échappe, c'est que dans ces cas, on a négligé des glandules accessoires, lesquelles ont subi une hypertrophie compensatrice et sont parvenues ainsi à remplacer le corps thyroïde. On sait également que si l'on pratique une thyroïdectomie partielle chez un animal sain, d'une façon constante on observe une hypertrophie compensatrice des lobes respectés.

C'est à ces conclusions qu'arrivait le D<sup>r</sup> H. Chris-

tiani, privat-docent à l'Université de Genève, dans les Archives de Physiologie du mois de janvier 1893, à propos de rats auxquels il avait fait l'ablation d'un lobe : « L'examen du cou de ces animaux, dit-il, pratiqué quinze jours à six mois environ après l'expérience, a démontré qu'il y avait, chez les rats opérés de thyroïdectomie unilatérale, une hypertrophie très considérable de l'organe restant et, chez les animaux opérés incomplètement, on voyait des noyaux régénérés en nombre variable. »

Beaucoup d'expériences ont été pratiquées ces dernières années sur le corps thyroïde, car la physiologie de cet organe est une question à l'ordre du jour. De nombreux auteurs tels que Gley, Moussu, Christiani, Schiff, Horsley, Lannelongue et Legroux, Bircker, Merklen et Walter, Serrano et Bettencourt, Gibson, Harris, Wright, Macphenson et bien d'autres ont fait sur ce sujet des études très intéressantes sur lesquelles nous ne pouvons malheureusement pas nous étendre ici. On trouvera leurs mémoires principalement dans les Archives de Physiologie.

Les faits que nous venons de relater ne sont contradictoires qu'en apparence. On ne peut assimiler le goitre, c'est-à-dire le corps thyroïde malade, altéré au corps thyroïde sain. Peut-être même, et cela est tout au moins vraisemblable, y a-t-il dans les thyroïdectomies partielles pour goitre diffus, en même temps qu'une atrophie du tissu goitreux, une hypertrophie corrélative du tissu sain de la glande. Puisque après ces ablations partielles personne n'observe ni myxœdème ni tétanie, c'est donc que la glande continue à

fonctionner et que les parties qui restent suppléent à celles qui ont été enlevées. Peut-être trouvera-t-on, si l'on a jamais l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet ayant subi une opération partielle dans les conditions qui nous occupent, que les lobes respectés de la thyroïde sont plus volumineux qu'ils ne seraient normalement tout en conservant la structure histologique de l'organe sain. Nous pensons qu'il doit en être ainsi.

Voyons maintenant quelles sont les opinions que l'on peut émettre relativement au mécanisme de l'atrophie.

---

### CHAPITRE III.

---

#### **Mécanisme de la résorption. — Fièvre thyroïdienne.**

Toutes les observations que nous rapportons datent de la période antiseptique.

Chacun sait que, dans les pansements antiseptiques, on fait, surtout dans les milieux hospitaliers, un grand usage de la poudre d'iodoforme appliquée directement sur la plaie, soit en nature soit préparée avec de la gaze. Or l'iode a été longtemps et est encore, dans maint endroit, considéré comme le spécifique du goitre. Dans ce but, on l'emploie de toutes les façons : teinture d'iode à l'intérieur et en injections intraglandulaires, iodure de potassium, iodoforme, etc. L'iode a eu, au moins dans un certain nombre de cas, une action efficace; aussi pourrait-on croire que, dans les opérations telles que la strumectomie, la thyroïdecomie partielle et l'exothyropexie, c'est encore lui qui agit directement sur la tumeur.

Il est possible que, dans quelques cas, l'iodoforme n'ait pas été indifférent dans le phénomène de régres-

sion, mais nous devons faire remarquer que, dans nombre d'autres cas, le traitement iodé essayé au préalable n'avait donné aucun résultat, et pourtant l'atrophie s'est manifestée après une opération partielle. D'ailleurs, la quantité d'iodoforme mise sur la plaie est quelquefois insignifiante par rapport au volume de la tumeur. Enfin, nous devons dire que l'on a vu l'atrophie se poursuivre longtemps encore après que la plaie extérieure était cicatrisée et que, par conséquent, le malade ne recevant plus d'iodoforme, on ne saurait invoquer l'action de cette substance.

Des théories innombrables ont été faites relativement à l'étiologie et à la pathogénie du goitre. Quelles sont les conditions qui président à sa production ? On ne saurait l'affirmer. Or, parmi les nombreuses opinions émises à ce sujet, il en est une qui attribue le mal à l'absence d'oxygène dans l'eau ou tout au moins à l'insuffisance de l'aération de ce liquide dans certains pays où le goitre est endémique. Aussi, pourrait-on admettre que le goitre est dû à la présence d'un ferment anaérobie qui a l'eau pour véhicule. Lorsqu'on pratique une intervention sur un goitre, le corps thyroïde se trouve exposé à l'air pendant un temps plus ou moins long, surtout quand on a recours à l'exothyropexie. Le bacille se trouverait ainsi dans de mauvaises conditions de résistance, le corps thyroïde deviendrait un mauvais milieu de culture ; l'organisme reprendrait alors le dessus et le travail de défense et de réparation s'accentuerait. Malheureusement, ce n'est là qu'une simple hypothèse, que rien ne prouve : la bactériologie du goitre est tout entière à faire.

Lorsqu'on intervient sur un goitre, la thyroïde est toujours plus ou moins traumatisée. Dans l'exothyropexie, on mobilise toute la glande. Ce temps opératoire est indispensable, quand ce ne serait que pour se rendre compte de la profondeur de pénétration des lobes au-dessous de la ceinture sternocostale et du degré de compression exercée sur la trachée, afin de dégager cet organe. Aussi est-il permis de supposer jusqu'à un certain point que le goitre, à l'exemple d'un arbuste que l'on transplanterait ou que l'on priverait d'eau, est altéré dans sa nutrition, qu'il se dessèche, en quelque sorte, qu'il maigrit. C'est, croyons-nous, dans l'action du traumatisme qu'il faut voir les heureux effets des interventions partielles. Mais on peut l'expliquer de deux manières. Il se peut que, sous l'influence des tiraillements exercés sur les vaisseaux et sur les filets nerveux se rendant à la glande, celle-ci soit comme affamée et subisse une sorte de dépérissement. Cela est possible, mais il y a des faits qui nous permettent de supposer que les choses ne se passent pas tout à fait de cette manière. S'il y avait réellement défaut de nutrition, l'organe atrophié ne fonctionnerait plus. On devrait donc voir apparaître les accidents qui sont le cortège habituel de la thyroïdectomie totale, c'est-à-dire le myxœdème, le crétinisme, la tétanie. Or, c'est tout le contraire que l'on observe. Nous en avons la preuve en main : le malade exothyropexié par M. Jaboulay, en janvier 1893, en est un exemple : « Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'enfant répondait très mal aux questions qu'on lui posait, il avait un aspect crétinoïde qui frappait à première vue,

et, suivant l'expression d'une personne de son entourage, il semblait complètement abruti ». Le traitement eut un résultat inespéré : « Le petit malade a subi une véritable transformation, son intelligence s'est développée, il est gai, enjoué. Les personnes qui l'ont vu ont peine à le reconnaître ». Le malade auquel M. Poncet fit subir une exothyropexie partielle le 4 mars de la même année fut l'objet d'une transformation non moins remarquable : « Tandis que le goître se modifiait et disparaissait par atrophie, l'état mental du sujet subissait une transformation nettement accusée. Il perdait son aspect crétinoïde, il devenait, comme le premier, intelligent et relativement débrouillard. Cinquante jours ont suffi pour produire ce résultat psychique appréciable. » (Poncet. Lyon méd. 14 mai 1893.)

Nous savons que l'ablation totale du corps thyroïde est suivie de troubles mentaux, que chez les sujets myxœdémateux on constate très souvent soit l'absence de corps thyroïde, soit sa dégénérescence, que la mentalité de ces sujets est très restreinte quand elle n'est pas pervertie, que les moyens ayant pour but de suppléer à l'action de l'organe absent ou inerte, tels qu'injections sous-cutanées de suc thyroïdien normal, transplantation de corps thyroïdes d'animaux, injection d'extraits de cet organe ont donné des résultats remarquables. Mais ces résultats ne sont que temporaires, comme le traitement lui-même, puisque la glande n'a pas repris ses fonctions, qu'elle n'a été que momentanément suppléée. Chez les goitreux, le crétinisme est loin d'être rare ; il est même très fréquent dans certaines régions. Faut-il admettre qu'il est dû à une

sécrétion morbide de la thyroïde ou à un défaut de sécrétion normale? C'est vers cette dernière opinion que nous inclinerons. Le goitre, dans certains cas, produit le même effet que l'absence de corps thyroïde; c'est donc qu'alors le corps thyroïde goitreux ne fonctionne plus et que le suc thyroïdien normal n'est plus du tout sécrété ou l'est en quantité insuffisante.

Si les interventions partielles avaient pour effet de troubler la nutrition de la thyroïde, nous devrions voir augmenter les troubles psychiques chez un goitreux crétin; or, nous venons de le montrer, c'est tout le contraire que l'on observe.

Les opérations partielles nous semblent jouer le rôle d'un excitant, d'un stimulant qui ranime sa vitalité et lui donne la force de triompher des obstacles qui s'opposent à son bon fonctionnement. A ce propos, nous croyons ne pas devoir passer sous silence un fait qui semble bien confirmer ce que nous disons. Il s'agit d'une fillette de 14 ans, atteinte de myxœdème. Observée d'abord par M. Roque à la Charité de Lyon, elle fut envoyée à M. Poncet qui pratiqua chez elle une opération qui avait pour but d'exciter le corps thyroïde et qu'il désigne sous le nom de thyroïdo-éréthisme.

Voici l'observation résumé de cette petite malade :

Jeune fille de 14 ans. Apparition de la maladie à la suite d'un traumatisme, au dire des parents. La malade avait 6 ans. Apparition de plaques érythémateuses à base indurée persistant 15 ou 20 jours en provoquant une sensation de chaleur et d'engourdissement, et laissant après elles la persistance d'un œdème dur, blanc et indolent. Actuellement, œdème diffus aux mains, pigmenté. Les doigts ont perdu leurs

plis. Peau uniformément distendue, mais restant mobile. Sudation continue à la face palmaire. Œdème chronique très marqué et pigmentation brune au niveau des avant-bras. Ongles déformés et fendillés. Pas de troubles de sensibilité. Température locale normale. Le nez est effondré sans qu'il y ait jamais eu d'ozène ni de suppuration. Lèvres grosses, peau du visage très pigmentée adhérente aux couches profondes, et formant un masque immobile. Les cuisses et les jambes sont le siège d'un œdème blanc uniforme. Au niveau des pieds et des cou-de-pied, larges plaques chaudes et rouges. La taille est celle d'une fillette de 8 à 9 ans. La malade n'est pas réglée. Elle est bien musclée, très forte. Foie nettement hypertrophié. Les autres organes paraissent sains. Incontinence nocturne d'urine. Température 37° à 37°5. Pas de poils au pubis ni aux aisselles. Cheveux durs et abondants. Depuis l'âge de 7 ans, troubles psychiques : la malade est kleptomane; elle a des habitudes de masturbation, des instincts sexuels précoces, court après les garçons. Elle s'est échappée de trois pénitenciers où on l'avait placée. C'est d'ailleurs une enfant douce et tranquille. Pas de cachexie.

Voici l'opération que pratiqua M. Poncet : « Je fis, au milieu du cou, une incision de 5 à 6 centimètres. Arrivé sur la thyroïde je la dénudai méthodiquement avec le doigt, je la soulevai et la saupoudrai d'iodoforme et pansai la plaie ».

Peu de jours après le myxœdème diminuait et une transformation considérable se produisait dans l'état psychique de la malade.

« Elle est docile, obéissante, ne répondant pas aux observations qui lui sont faites. La sœur s'en loue sous tous les rapports. Jamais elle n'a rien dérobé; active, intelligente, elle s'occupe de différents travaux. »

Chez cette enfant, le corps thyroïde ne faisait pas défaut, ainsi qu'on aurait pu le supposer, mais il ne fonctionnait sans doute pas. Il a suffi de réveiller sa

vitalité en l'excitant pour voir diminuer rapidement les symptômes observés.

L'atrophie du goitre après les opérations partielles et les cessations des troubles matériels et psychiques ne nous paraissent pas reconnaître d'autre cause que cette excitation. C'est du moins, à l'heure actuelle, l'opinion qui semble la plus vraisemblable.

Les exceptions, dit-on, confirment la règle. Cela est vrai pour la question que nous étudions en ce moment. Nous avons cité des cas de récurrence après l'extirpation unilatérale de goitres. Cette récurrence se produit le plus souvent du côté non opéré; elle n'est survenue que tardivement, encore a-t-elle rarement atteint le volume primitif.

Nous avons admis que l'atrophie reconnaissait pour cause un réveil de la vitalité du goitre résultant d'une excitation du corps thyroïde. Mais, que cette excitation soit insuffisante ou que le corps thyroïde une première fois délivré se retrouve exactement dans les mêmes conditions que celles qui ont présidé au développement du goitre et nous verrons la récurrence se montrer.

Il nous reste maintenant à étudier un phénomène qui accompagne toujours les opérations partielles : c'est la fièvre thyroïdienne.

Si minutieuses que soient les précautions antiseptiques, si rigoureuse que soit l'asepsie, les opérations partielles de goitre sont toujours suivies d'une élévation très notable de la température. Cette fièvre est de règle, croyons-nous, et si elle n'a pas été signalée par les auteurs, peut-être faut-il en voir l'explication dans ce fait que la fièvre étant considérée comme une ma-

nifestation de l'infection, ces auteurs n'ont pas cru devoir attirer l'attention sur ce phénomène, craignant peut-être qu'on ne leur reprochât quelque faute d'antisepsie.

Quoi qu'il en soit, cette fièvre existe : elle atteint son maximum chez les individus qui ont subi l'exothyropexie. Elle est assez élevée dans ce cas. Chez le malade opéré par M. Jaboulay (Observation VI), elle se maintint pendant les premiers jours entre 39° et 40° ; chez le second malade opéré par M. Poncet (Observation VII) elle oscilla également entre 39° et 40°, pendant 5 à 6 jours. Et pourtant, dans ces deux cas, comme dans les autres que nous avons observés, rien, en dehors de la température, ne permettait de supposer qu'il y eut infection ; pas la moindre trace de suppuration.

La malade qui fait l'objet de l'observation IX, opérée le 27 avril, eut le soir même de l'opération 39°6 ; le lendemain soir 40° ; le 30 avril 40°5. Jusqu'au 6 mai elle oscilla entre 39° et 40° : puis elle diminua progressivement pour n'atteindre 37° que le 9 mai, c'est-à-dire 12 jours après l'opération. La malade, pendant les premiers jours, paraissait abattue ; la peau était chaude ; le pouls, rapide, donnait 130 pulsations le lendemain de l'opération. Le 1<sup>er</sup> mai, le goitre avait conservé le même aspect que le jour de l'opération ; il n'y avait ni gonflement local, ni pus, ni rougeur ; rien en un mot, qui put faire soupçonner une infection de ce côté.

Le malade opéré le 1<sup>er</sup> mai (Observation VIII) présentait à peu de choses près les mêmes phénomènes, mais à un degré un peu moindre. Le lobe médian fut seul exothyropexié. Le soir même de l'opération la

courbe thermique atteignit 37°9; le 2 et le 3 mai, elle oscilla entre 38° et 39°, redescendit assez régulièrement pour atteindre la normale le 7 mai. Le pouls était accéléré; le malade avait peu de sommeil, du moins les deux premiers jours; transpiration abondante pendant les quatre jours qui suivirent l'opération. Le malade ne souffrait pas au niveau de la plaie et au 8 mai, il n'y avait pas de pus. L'élévation de la température se retrouve dans toutes nos observations d'exothyropexie.

MM. Poncet et Jaboulay ne furent pas les seuls à observer la fièvre thyroïdienne. Un malade, exothyropexié par M. Rochet à la clinique de M. le professeur Ollier, présenta la même élévation de température; une femme, qui subit la même opération dans le service de M. M. Pollosson, eut une courbe thermique analogue.

Une malade, du service de M. Poncet, qui était porteur d'un goitre polykystique, subit l'opération de la strumectomie; de nombreux kystes furent énucléés, mais on dut en laisser un certain nombre en place.

L'opération fut faite le 1<sup>er</sup> juin. La température atteignit 38° le soir; 39°6 le lendemain; 40° le 3 juin. Malheureusement, la malade eut une hémorragie abondante et mourut le matin du 5 juin.

La fièvre thyroïdienne, comme l'atrophie des portions goitreuses laissées en place, nous paraît reconnaître pour cause une excitation du corps thyroïde, un réveil de sa vitalité qui est portée à un degré supérieur à ce qu'elle est normalement.

Lorsque la thyroïde ne fonctionne pas ou fonctionne mal, comme dans le myxœdème, la température est au-dessous de la normale. On la voit alors descendre

à 36°, 35° et même 34°. Que l'on excite cet organe ou que l'on le supplée soit par des injections sous-cutanées de suc thyroïdien, soit par l'ingestion d'extrait de corps thyroïde, aussitôt on voit la température rejoindre la normale et même la dépasser. Le corps thyroïde semble jouer un rôle dans la production de la chaleur animale.

M. Robin (Lyon Médical 1982), ayant traité un cas de myxœdème par les injections sous-cutanées de suc thyroïdien, terminait son observation par les réflexions suivantes : « Aucun auteur n'a indiqué un phénomène qui nous a frappé dans notre observation : c'est le rôle thermogène du corps thyroïde. Cette opinion s'appuie sur les raisons suivantes : dans le myxœdème la température est au-dessous de la moyenne, c'est la règle. Dans notre cas, deux fois la température s'est élevée pendant la rougeole et la coqueluche : le myxœdème a disparu ; la fièvre s'en va, le myxœdème revient. Les injections de suc thyroïdien ont pour effet immédiat d'élever la température, aussitôt le myxœdème s'améliore, une transformation rapide s'opère. Enfin, quelques physiologistes (Horseley), sans accorder grande importance à la chose, ont constaté que le myxœdème n'apparaît pas si l'on place les animaux thyroïdectomisés dans un milieu à température élevée et constante. Le rôle intime du suc thyroïdien ne serait-il pas pyrogène ? »

Murray (British. med. Journ., août 1893) note aussi que les injections hypodermiques de suc thyroïdien ont pour effet de relever la température.

Tout récemment, Ord et White (British medical

Journal, 29 juillet 1893) ont rapporté les faits suivants : A une malade atteinte de myxœdème ils firent prendre tous les jours xx gouttes d'extrait glycérimé de corps thyroïde de mouton : la dose équivalait à un sixième d'une thyroïde de mouton. « La température du corps s'éleva : avant le traitement elle était au-dessous de la normale allant de 96°6 à 98°6 F. (c'est-à-dire de 35°9 centigrades à 37°) oscillant ensuite de 97°6 à 100° F. (36°44 à 37°8), le maximum ayant été atteint le 13<sup>me</sup> jour après le début du traitement .»

En résumé, nous voyons que toutes les fois que l'on supplée à l'action d'une thyroïde inerte soit par des injections sous-cutanées, soit par l'ingestion d'extrait de cet organe, on observe une élévation de température. Il est permis de se demander, avec M. Robin, si le corps thyroïde n'a pas une fonction thermogène. La fièvre que l'on observe dans les opérations partielles de goitre nous paraît moins due à la résorption des portions goitreuses laissées en place qu'à une exagération de la sécrétion interne de la glande, exagération produite par l'excitation qu'occasionne le traumatisme opératoire (thyroïdo-éréthisme, Poncet, Jaboulay). Et ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que presque toutes les opérations pratiquées sur le corps thyroïde sont accompagnées d'une ascension thermique. Il est d'observation courante de voir, en l'absence de toute infection, une température de 38° à 39° suivre les thyroïdectomies partielles *alors que toutes les masses goitreuses ont été enlevées.*

Dans les exothyropexies, lorsque l'on veut hâter l'atrophie du goitre en y appliquant des pointes de feu,

de la teinture d'iode, des vésicatoires, ou en pratiquant des excisions, chacune de ces interventions donne lieu à une élévation de température. Il n'est pas rare de voir le changement de pansement s'accompagner d'une ascension thermique.

Nous avons sous les yeux de nombreuses observations relatives à des opérations pratiquées sur le corps thyroïde qui toutes se sont accompagnées de fièvre.

Ainsi, à la suite d'une thyroïdectomie partielle pratiquée par M. Orcel, le 22 septembre 1892, nous voyons la température atteindre 38° le soir de l'opération, monter à 39° le lendemain soir, puis à 39°4 et 40°1 le 24; à 39°5 et 39°9 le 25; osciller entre 38° et 39° le 26 et le 27, puis redescendre progressivement pour n'atteindre la normale que le 31.

Après une strumectomie, pratiquée le 12 février 1893 par M. Poncet, la température oscille entre 38°5 et 39°6 pendant sept jours, puis redescend pour n'atteindre la normale que le 13<sup>me</sup> jour.

Nous pourrions multiplier ces exemples, et pour être complet, il nous faudrait citer toutes les observations d'opérations de goitre. Chemin faisant nous indiquerons les températures observées après les exothyropexies.

Enfin, alors même qu'il n'y a pas de goitre, lorsqu'on cherche à exciter simplement le corps thyroïde pour réveiller sa vitalité soit en le mobilisant simplement, soit en plaçant dans l'intérieur des lobes des corps étrangers aseptiques tels que des lamelles d'ivoire, ainsi que M. Poncet l'a pratiqué, il y a peu de temps, chez de jeunes sujets crétins, dans les opérations qu'il

désigne sous le nom de *thyroïdo-éréthisme*, on voit survenir une élévation thermique très appréciable. C'est ainsi que chez le dernier opéré (9 novembre) on observait les températures suivantes : 10 nov., matin, 38°2; soir, 38°2. — 11 nov., matin, 38°3; soir, 38°6. — 12 nov., matin, 37°9; soir, 39°1. — 13 nov., matin, 37°5; soir, 39°1. — 14 nov., matin, 38°9, soir, 38°. — 20 nov., 37°.

Nous admettons que la fièvre qui accompagne les opérations partielles pratiquées sur le corps thyroïde reconnaît pour cause une exagération de la sécrétion interne de la glande, due comme l'atrophie des portions goitreuses laissées en place à une excitation de l'organe. Donc, rien d'étonnant à ce que il y ait parallélisme entre la fièvre et la résorption, sans cependant que ces deux phénomènes influent l'un sur l'autre.

Nous ne passerons pas en revue toutes les théories qui ont été émises au sujet de la pathogénie de la fièvre. Nous renvoyons, pour de plus amples détails aux traités de pathologie générale. Mais, parmi ces théories, il y en a une qui jouit d'une très grande faveur. Nous voulons parler de celle qui attribue la fièvre à l'action de substances dites pyrétogènes.

Cette théorie explique l'action des microbes : ils sécrètent des substances appelées produits solubles, toxines, qui, répandues dans le torrent circulatoire, viennent, par la voie sanguine, jusqu'à l'encéphale où elles excitent les centres thermiques, mais les microbes ne sont pas les seuls éléments susceptibles de sécréter des substances pyrétogènes, autrement dit l'organisme, quand il est placé dans certaines conditions peut don-

ner lui même naissance à des toxines capables d'exciter les centres nerveux de la même manière et, par conséquent, de produire des résultats identiques. De même qu'il existe une fièvre d'origine microbienne, de même il existe une fièvre aseptique qui se développe en dehors de toute intervention bacillaire. D'ailleurs, le mode de production de ces principes actifs est sans doute analogue, qu'il s'agisse des microbes ou des cellules de l'organisme. Il est probable que l'individu sain, parmi les nombreuses toxines qu'il sécrète journellement, en produit un certain nombre qui sont pyrétogènes, mais soit que ces ferments deviennent l'objet d'une destruction immédiate, soit qu'ils s'éliminent au fur et à mesure de leur formation, on n'observe normalement pas de fièvre. Mais que, sous une influence ou sous une autre, la quantité de ces toxines vienne à augmenter dans des proportions notables, on voit survenir la fièvre. Cette question a été étudiée par M. Montalti, dans une thèse soutenue à la Faculté de Lyon, en 1890. Nous renvoyons à ce travail.

Nous considérons, en effet, la fièvre thyroïdienne comme une fièvre aseptique, les produits de la sécrétion glandulaire jouant le rôle de toxines et ayant la même action sur le système nerveux. La transmission se fait par la voie sanguine : il se fait une sorte d'auto-intoxication, de *thyrotoxémie* (Poncet).

Si l'on admet que la fièvre thyroïdienne est due à une résorption de toxines il est naturel de se demander ce que devient, dans ces cas, la toxicité urinaire.

Il semble à première vue qu'elle doive être augmentée. C'est en effet le résultat auquel est arrivé M. Orcel,

Mais le problème est beaucoup plus complexe qu'il ne le paraît. Lorsqu'on enlève la thyroïde toute entière à des chiens, la température s'abaisse de 1° à 2°, en même temps que, d'après Laulanié (Bull. Soc. Biol., 1891, p. 307) la toxicité urinaire est très augmentée. Aussi, cet auteur, est-il porté à considérer cet organe comme ayant pour fonction soit de détruire une partie des toxines qui se forment normalement dans l'organisme, soit de neutraliser leur action.

Voici la note que M. Orcel a bien voulu nous communiquer :

« Les expériences que nous avons entreprises à l'instigation du professeur Poncet, ont porté sur les urines des malades ayant subi dans son service, soit l'énucléation des noyaux goitreux plus ou moins volumineux, soit l'exothyropexie ou exposition à l'air des masses pathologiques.

L'injection dans le système circulatoire du lapin des urines des malades ayant subi l'une de ces deux opérations et recueillies pendant la période fébrile qui suit généralement les interventions sur le corps thyroïde, nous a révélé une toxicité oscillant dans les limites indiquées par le professeur Bouchard, tout en se rapprochant toutefois davantage de la limite inférieure. Autrement dit le pouvoir toxique nous a paru être plutôt plus élevé, surtout si l'on tient compte de la situation sociale des sujets soumis à l'expérience, tous malades d'hôpital.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons recueilli successivement les urines des malades goitreux tenus en observation, avant et après l'interven-

tion et, dans ces conditions encore, le pouvoir toxique nous a paru augmenté dans de notables proportions.

Ces résultats, ainsi que l'exposé des expériences, seront du reste publiés en détail. »

Les expériences de M. Orcel et de Laulanié ne sont contradictoires qu'en apparence. Il est très probable que dans chacun de ces deux cas, la toxicité est due à des toxines différentes, les premières sans action au point de vue de la fièvre, les secondes au contraire nettement pyrétogènes.

Nous avons admis que, dans les opérations partielles pour goitre diffus, les parties laissées en place s'atrophiaient, que cette régression s'accompagnait d'un certain nombre de phénomènes intéressants : cessation des troubles psychiques, fièvre thyroïdienne. Il nous reste maintenant à fournir les preuves de ce que nous avons avancé. Nous allons donc, dans le chapitre suivant, publier les observations sur lesquelles nous nous appuyons et que nous n'avons fait qu'effleurer jusqu'ici.

---

## CHAPITRE IV

---

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I.

(Thèse de F. de Prella. — Service de M. Poncet.)

Il s'agit d'un jeune homme aujourd'hui âgé de 20 ans. En 1885, D. Mollière, fit le drainage de sa tumeur avec du crin de Florence. En 1887, le malade entra dans le service de M. Poncet, pour des troubles fonctionnels graves, provoqués par le goitre. On constatait en ce moment l'existence, sur la ligne médiane, d'une tumeur plongeante, en même temps qu'une hypertrophie uniforme des 2 lobes latéraux. M. Poncet pratiqua la strumectomie, le 21 février 1890.

L'opération fut un peu plus laborieuse que de coutume, en raison des adhérences de la poche avec les tissus voisins, adhérences consécutives à la première opération. Le kyste était charnu, dans la plus grande partie de sa masse. Les suites furent simples, et le malade, après quelques jours, quitta l'hôpital avec un état général et local satisfaisant.

Le malade a été revu le 11 mars 1893. Le cou, chez lui, a la forme normale; il n'existe qu'une légère tumeur, de la grosseur d'une petite noisette, provenant probablement d'un noyau oublié. Le reste a disparu.

---

OBSERVATION II.

THYRÔIDECTOMIE PARTIELLE. — ATROPHIE DES PARTIES LAISSÉES  
EN PLACE.

(Thèse d'Augier. — Service de M. Poncet.)

S... J., 19 ans, typographe, demeurant à Lyon. Entré à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1890. Le début de la tuméfaction thyroïdienne remonte à 4 ans. Depuis 6 mois, dyspnée et accès de suffocation : le malade a absorbé des doses énormes d'iode de potassium, sans aucun résultat. Il a fait, à la Croix-Rousse, un stage de quelques semaines. Actuellement, le cou est énorme, et mesure 48 centimètres de circonférence. Face tuméfiée, lèvres bleuâtres, cyanosées, tirage, asphyxie progressive. Depuis quelques semaines, le malade a la sensation constante d'étouffement.

Opération. — Longue incision en T. Ablation assez laborieuse, sans perte appréciable de sang. Déformation étendue de la trachée, aplatie en fourreau de sabre. On pratique la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, et on place une longue canule, qu'on laisse à demeure pendant les premières semaines qui suivent l'opération. (On essaya de l'enlever quelques jours après l'opération, mais le malade fut repris d'accès de suffocation, et on dut la réintroduire.) La tumeur enlevée pèse 500 grammes. Les suites opératoires furent relativement simples. Quelques mois après, les lobes médian et latéral g., qui, réunis, avaient à peu près le volume de la masse enlevée, avaient disparu par atrophie. M. Poncet avait eu soin de les mobiliser au-dessus de la ceinture osseuse, dans l'intérieur de laquelle ils s'engageaient. Le malade a été revu en 1892, par M. Augier. La circonférence du cou mesurait alors 40 centimètres. Excellent état général. Le malade est capable de faire des efforts.

8 mars 1893. — Le lobe laissé en place, est revenu à son état normal. L'opéré peut travailler sans fatigue. Santé excellente.

---

### OBSERVATION III.

(Th. d'Augier. — Service de M. Poncet.)

R... L. 18 ans, employé, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 juin 1891.

Depuis 6 mois, il accuse une gêne de la respiration qui ne fait que s'accroître. La marche le fatigue beaucoup. Il ne peut se livrer à aucun exercice violent sans être pris de dyspnée et de suffocation. Il présente une tumeur au-devant de la trachée déformant le cou qui est uniformément élargi. Le creux de la fourchette sternale est effacé. La tumeur plonge profondément derrière le sternum. La parole est gênée et fatigue le malade.

Opération le 19 juin. Incision médiane. Arrivé sur la tumeur, on la trouve à peine bosselée, d'apparence charnue. Le lobe médian plonge de 3 à 4 centimètres au-dessous de la fourchette sternale; on le luxe; en l'incisant sur un point on reconnaît qu'il est exclusivement charnu et qu'il se continue par un pédicule de 5 à 6 millimètres avec le lobe latéral dr. L'incision est prolongée par en haut et transformée par une incision perpendiculaire en T. M. Poncet extirpe les lobes droit et médian.

26 juin. — La cicatrisation marche rapidement et le malade reprend promptement ses forces.

Quelques mois après, le lobe gauche s'est atrophié. Le cou a repris sa grosseur normale.

12 mars 1893. — La guérison persiste.

---

### OBSERVATION IV.

(Thèse d'Augier. Résumée. — Service de M. Poncet.)

C... L. âgé de 18 ans, maçon, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 novembre 1891.

Il y a dans son pays (Corrèze) quelques goitreux. Début il

y a 18 mois. Il y a 15 jours accroissement brusque. Depuis ce temps, gêne plus marquée de la **respiration** rendant impossible tout effort. La partie antérieure du cou est occupée par une tumeur volumineuse remontant en haut jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, descendant en bas jusqu'au sternum, se déplaçant pendant les mouvements de déglutition. Les 2 lobes latéraux et l'isthme sont atteints, le droit paraît un peu plus gros que le gauche. Consistance à peu près égale partout, assez ferme. Circonférence du cou à la partie moyenne 40 centimètres. Opération le 30 novembre. Incision sur la ligne médiane. 2<sup>e</sup> incision perpendiculaire à la 1<sup>re</sup> comprenant tous les muscles jusqu'aux sterno-cléido-mastoidiens. Séparation du lobe médian rattaché au lobe gauche par un pédicule étroit. On dissèque et on enlève le lobel latéral droit. T. 38°3 les deux premiers jours.

4 décembre. — Elévation de la température attribuée à la constipation. Pas de trace d'infection locale. Pansement.

14. — 2<sup>e</sup> pansement. Circonférence 38 centimètres.

20. — Le malade, complètement guéri, demande à s'en aller, Circonférence 365 millimètres, Il y a donc eu en 6 jours une atrophie de 15 millimètres.

---

#### OBSERVATION V.

(Thèse d'Augier. — Service de M. Poncet.)

P... D., entré à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1892.

L'enfant est opéré le matin même de son entrée, en raison des troubles respiratoires graves qu'il présente, tirage et asphyxie progressive. Incision en T à droite, pour l'ablation du lobe latéral correspondant. Il paraît s'agir d'un goitre suffocant par enfoncement des lobes latéraux hypertrophiés au-dessous de la première côte. Incision des muscles recouvrant la tumeur à droite. Incision avec la pointe du bistouri sur la

tumeur qui est charnue et on reconnaît l'énucléation impossible. On manœuvre alors en vue d'une thyroïdectomie partielle. La tumeur est mobilisée sur la ligne médiane et les thyroïdiennes sont liées séparément. Aucun incident opératoire, ablation sans difficulté. La trachée est aplatie en lame de sabre sur toute sa longueur, mais non déviée. On mobilise le lobe gauche, qui plonge et comprime la trachée, on le luxe en dehors, en avant de la trachée, entre les lèvres de la plaie où on le fixe. Pansement à plat avec la gaze iodoformée.

23 février. — On change le premier pansement. La tumeur thyroïdienne, c'est-à-dire le lobe gauche qui avait été luxé en dehors a diminué au moins d'un tiers de son volume. Elle est recouverte de granulations. Il n'y a aucun signe d'infection. Immédiatement après l'opération, il y a eu quelques légers signes de bronchite, qui ont naturellement disparu. Le malade sort au bout d'un mois et demi. Examen de la tumeur. La tumeur enlevée pèse 65 grammes. A la coupe, elle est constituée par du tissu glandulaire d'apparence mucoïde; on voit des grains muqueux, réunis ensemble, comme feutrés. Nous avons revu ce malade qui travaille maintenant sans aucune peine. Disparition de tous les troubles. Tour du cou, 30 centimètres. La cicatrice médiane est longue de 5 centimètres, large de 2 cent, épaisse, rouge, mais non douloureuse, non adhérente. La cicatrice transversale est linéaire. Santé excellente.

---

## OBSERVATION VI.

### EXOTHYROPEXIE

(Thèse de Gérard. — Service de M. Poncet.)

M. J., 15 ans, né à Montrotier (Rhône), demeurant à Chambost, entre dans le service de M. Poncet, le 2 janvier 1893.

Père et mère morts jeunes. Le malade, fils unique, ne connaît pas de goitreux dans sa famille, mais il y en a quelques-uns dans son village. Peu développé, on lui donnerait 12 ans. Intelligence faible. Il y a 4 ou 5 ans, il a vu se développer une grosseur dans la partie droite du cou. Elle avait augmenté de moitié depuis. Actuellement, goitre occupant surtout la moitié droite de la thyroïde, limité en haut par le rebord du maxillaire, latéralement, par le sterno-cléido-mastoidien, en bas, par le sternum et la clavicule. La moitié gauche de la glande est hypertrophiée à un bien moindre degré. A droite, on sent un lobule adhérent, hypertrophié. La tumeur ascensionne avec le larynx. Voix un peu rauque. Pendant la marche, léger cornage. Gêne de la respiration, surtout la nuit. Tous les 15 jours environ, accès de suffocation. Circonférence du cou, 44 centimètres à la partie inférieure, 41 à la partie supérieure.

Opération, 5 janvier. — M. Jaboulay incise la peau sur la ligne médiane. Il tombe sur de très gros vaisseaux artériels et veineux. Impossible de délimiter l'isthme masqué par l'hypertrophie. Il reconnaît aussi que le goitre est un goitre charnu, justiciable seulement de la thyroïdectomie partielle. Il amène le goitre entre les lèvres de la plaie, après l'avoir détaché de ses adhérences avec les parties molles qui l'entouraient. Les bords de la plaie forment ainsi une boutonnière, donnant passage à la masse hypertrophiée, sous l'aspect d'une grosse tomate. Elle est ainsi autofixée. On panse à plat avec des chiffons de gaze iodoformée. On laisse les pinces destinées à assurer l'hémostase.

7 janvier. — On enlève les pinces. Quelques épistaxis. Bronchite légère. Température 39°9.

8. — Vers 6 heures du matin, épistaxis très abondantes.

9. — Agitation alternant avec l'hébétéude. Le malade ne répond pas aux questions. Il refuse les aliments et maigrit. Température 39°6, 39°1. Pouls 150 à 180.

18. — Mesure du cou : 35 centimètres. Température normale.

23 février. — Mesure du cou : 34 centimètres en bas, 32 sous l'os hyoïde, 33 au point culminant.

1<sup>er</sup> mars. — Le malade sort guéri. Mesure du cou : 31 centimètres. L'enfant respire facilement. L'état général s'est transformé. L'intelligence s'est développée. De blonds qu'ils étaient avant l'opération, les cheveux sont devenus bruns.

Température : le soir de l'opération, 38°2. Elle monte sans rémission jusqu'à 39°9, le soir du 7<sup>e</sup> jour, s'y maintient le 8 et le 9, s'abaisse à 38°2 le 11, remonte à 39° le 13 et le 16 janvier. Puis elle redescend à 37°5 et 38°, sans qu'aucun accident septique soit constaté du côté de la plaie. A partir du 23 janvier, température normale.

Décembre 1893. — Le malade rentre avec une récurrence. Il s'en serait aperçu depuis 2 ou 3 mois. La récurrence porte surtout sur le lobe droit et sur l'isthme. On trouve à droite, une masse arrondie mobile, semblant kystique, et sur la ligne médiane, un autre lobule analogue, repoussant en avant la cicatrice de la 1<sup>re</sup> intervention. Cette cicatrice est irrégulière. Circonférence du cou : 37 centimètres.

Opération. — Incision médiane. Enucléation du kyste médian, contenant un liquide noirâtre. Par la même incision, on a enlevé la 2<sup>e</sup> masse latérale, qui est solide et formée par un tissu d'apparence muqueuse.

12 décembre. — Le corps thyroïde est presque réduit à ses dimensions normales.

---

## OBSERVATION VII.

### EXOOTHYROPEXIE.

(Thèse de Gérard. — Service de M. Poncet.)

M. L..., 26 ans, cultivateur, né à Laussonne, venu de Saint-Maurice (Haute-Loire). Entré le 9 mars 1883.

Pas de goitreux dans sa famille. Quelques-uns dans son

pays. Taille au-dessous de la moyenne. Poids 57 k. 5. Facies foetal, crétinoïde. Ne sait pas lire. Intelligence bornée.

A 7 ans, quelques troubles respiratoires, qui ont augmenté depuis. Actuellement, dyspnée au moindre effort. La nuit, le malade se réveille souvent, ne pouvant avoir son souffle, dit-il. Ces accès durent presque toute la nuit et sont quotidiens. On constate un goitre d'apparence charnu, plus développé à droite. Cou élargi, assez uniformément augmenté de volume. Un peu de bégaiement, voix coassante.

Opération le 4 mars. Anesthésie par l'éther. M. Poncet fait une incision sur la ligne médiane, de l'os hyoïde à la fourchette sternale. Avec une sonde cannelée, puis avec les 2 index, il pénètre dans l'interstice cellulaire médian, libère le lobe droit et l'amène au dehors. Ce lobe un peu hypertrophié ne présente pas d'état pathologique appréciable. M. Poncet le réintègre et exécute la même manœuvre pour le lobe gauche. Il plonge profondément et a le volume d'une grosse mandarine. Des veines volumineuses sillonnent la capsule dans tous les sens. Luxation du lobe gauche et fixation à l'aide d'une collerette de gaze iodoformée. Hémostase. Pansement. Menaces d'asphyxie pendant l'opération.

Le cou qui mesurait 48 centimètres lors du premier pansement n'en mesure plus que 41 le 17 mars. Température. La courbe post-opératoire de ce malade est presque identique à celle du premier. Le soir de l'opération, elle atteint 38°5 et monte presque sans rémissions matinales à 39°5 le 5 mars, à 39°9 le 6 ; à 39°8 le 7 ; à 39° le 8. Entre le 8 et le 11, nouvelle ascension jusqu'à 39°9 après quoi elle redescend à 38°, le 13 juin, puis revient à la normale. Pas de trace d'infection.

---

OBSERVATION VIII. (Inédite.)

(Service de M. Poncet.)

P. D... âgé de 37 ans, né à Saint-Sauveur (Loire), cultivateur, entré le 25 avril 1893. Père bien portant, mère morte jeune d'une affection inconnue. Antécédents personnels. Fièvre typhoïde il y a 10 ans. Bonne santé habituelle. Deux ans après sa fièvre typhoïde, il s'aperçut d'une tumeur située à la place qu'elle occupe actuellement. Elle fut traitée par des frictions et par une potion inconnue. La tumeur continua à grossir, surtout depuis 2 ans et c'est par crainte de l'extension trop considérable de la tumeur que le malade est venu à l'hôpital. Il semble que le goitre plongé un peu derrière le sternum. A part un peu de dyspnée dans les exercices violents, un peu de raucité de la voix, le malade n'accuse pas de phénomènes de compression graves. La tumeur est mobile transversalement, n'adhère pas à la peau ; elle est dure et résistante. Elle est lisse à la partie supérieure avec une base élargie. La partie inférieure, indolente a le volume d'une mandarine. La tumeur suit les mouvements d'ascension du larynx et présente tous les caractères classiques du goitre. — Opération le 1<sup>er</sup> mai. Le lobe médian seul a été exothyropexié et amené entre les lèvres de la plaie. Circonférence du cou après l'opération, 41 centimètres. Température le soir, 37°9.

2 mai. — Sudation abondante. Le malade dort peu. T. 38° matin ; 39°, soir.

3 mai. — Le malade se plaint de douleurs dans l'épaule gauche. Mouvements de déglutition douloureux. Pas de gêne de la respiration. T. 38°2, matin.

4 mai. — T. 38°4, matin ; 38°8, soir.

5 mai. — Le malade avale bien maintenant. Sudation abondante cette nuit, comme d'ailleurs les nuits précédentes. Le malade dort mieux et ne souffre plus. Température 37°8, matin ; 38°8, soir.

6 mai. — Bon état général. Le malade dort bien, avale bien sa salive. Bon appétit. Pas de transpiration. Un peu de démangeaison au niveau de la plaie. Température 37°9, matin ; 38°7, soir. A partir de ce jour la température n'est plus prise.

8 mai. — Pansement. Pas la moindre trace de supuration.

Depuis 2 jours le malade sentait un peu de démangeaison au niveau de sa plaie.

12 mai. — Pansement. Plaie granuleuse. L'atrophie n'est pas encore bien marquée.

22 juillet. — L'atrophie se fait mais lentement. Circonférence du cou, 39 centimètres 1/2.

---

#### OBSERVATION IX. (Inédite.)

(Service de M. Poncet.)

A. C... entrée au mois d'avril 1893, née à Chenneville (Loire). Agée de 16 ans, sans profession. Pas d'antécédents goitreux dans sa famille. Un cousin éloigné, dit-elle, a le cou gros, 2 ou 3 personnes goitreuses dans son pays. — Début il y a environ un an. La tumeur a débuté des deux côtés à la fois et s'est accrue d'une façon insensible en prenant un développement plus considérable à droite. Elle est étalée à sa surface, de consistance charnue. Près de la ligne médiane, en bas et à droite, on sent une masse de la grosseur d'une petite noix qui roule sous le doigt. Les lobes paraissent bosselés. La circonférence du cou au niveau de la tumeur est de 413 millimètres. Le larynx est maintenu à sa place sur la ligne médiane. La peau n'a pas subi de modifications, elle est mobile ; on ne voit pas de grosses veines. La tumeur ascensionne avec le larynx dans les mouvements de déglutition. En bas, elle descend jusqu'au niveau de la fourchette sternale. Les doigts ont de la peine à s'y insinuer. La voix est un peu éteinte. Un peu

de gêne respiratoire dans les exercices violents. Pas de signe de compression au repos. La tumeur doit être pénétrante dans la profondeur et la portion plongeante doit appartenir au lobe latéral droit. La malade présente un certain degré d'occlusion intellectuelle. — Opération. Anesthésie par l'éther. Le goitre était plus volumineux qu'il ne paraissait. De grosses veines sillonnaient la tumeur faisant plus ou moins corps avec la capsule de la tumeur. Elles étaient turgescentes, aussi la masse a-t-elle pris une teinte violacée par compression et tiraillements de ces veines. A l'inspection, il y avait dans les parties superficielles 2 ou 3 noyaux kystiques qui auraient pu être énuclées ; le reste n'était justiciable que de la thyroïdectomie ou de l'exothyropexie. La trachée était aplatie latéralement à droite, ce qui explique les troubles fonctionnels. Mais, il ne s'agissait pas d'un goitre plongeant sous-sternal. Le lobe gauche plongeait un peu, en sorte que la trachée se trouvait serrée entre les 2 lobes. Le goitre était constricteur. M. Poncet luxa le lobe droit en entier et le gauche partiellement. Le soir de l'opération, température 39°6. Après l'opération la circonférence du cou mesure 44 centimètres 1/2.

28 avril. — Epanchement sero-sanguin abondant, ayant souillé le pansement. La malade paraît assez affaiblie. La température est élevée, la peau est chaude. Pouls rapide = 130 pulsations. Un peu d'abattement et d'oppression. Température 38°6 le matin, 40° le soir. On refait le pansement.

29 avril. — En dehors de la température élevée et du pouls un peu rapide, bon état général. Température : 39°0 le matin.

30 avril. — Même état. La malade paraît un peu plus éveillée et répond mieux aux questions. Température 40°5 le soir.

1<sup>er</sup> mai. — La malade est un peu pâle et anémiée, mais l'état général reste bon. On change le pansement. Le goitre a le même aspect que le jour de l'opération. Pas la moindre trace de gonflement, ni d'infection. Température : 40°0 le soir.

2 mai. — La malade a ses règles. Température : 39°5 le soir.

4 mai. — Température : 39° le matin, 40° le soir.

5 mai. — Température : 39°9 le matin.

6 mai. — Température : 39° le soir.

7 mai. — Température : 37°6 le matin, 38°2 le soir. La malade pèse 48 k. 1/2.

8 mai. — Température : 37°8 le matin, 37°8 le soir.

9 mai. — Température : 37° le matin. A partir de ce jour, la température redevient normale, et oscille entre 37° et 37°5. Pansement. Pas la moindre trace de suppuration, mais la malade paraît affaiblie, inquiète, et ne mange pas. L'atrophie n'est pas encore bien sensible.

30 mai. — Indolence de la surface du goitre. Raclage à l'ongle, non douloureux. La circonférence du cou mesure 40 centimètres 1/2, au lieu de 44 1/2 après l'opération, donc diminution de 4 centimètres.

22 juillet. — Le goitre s'atrophie graduellement, mais la malade conserve toujours son aspect anémique et reste peu communicative.

Novembre 1893. — La malade a été revue complètement guérie et va se marier.

---

#### OBSERVATION X. (Inédite.)

(Service de M. Poncet.)

##### GOITRE EXOPHTALMIQUE. — EXOTHYROPEXIE.

Marie S..., 19 ans, domestique, née à Franex, canton de Fribourg (Suisse), entrée le 29 août 1893. Dans son pays, il y a, dit-elle, un certain nombre de goitreux. Dans les villages avoisinants, bien que les habitants prennent leur eau à des sources différentes, il y a aussi quelques goitres. Pas d'antécé-

dents héréditaires. Elle a eu des glandes au cou, dans son enfance. C'est à 15 ans, lors de l'établissement des règles, que son cou a commencé à grossir. Bien réglée. A cette époque, elle n'était nullement incommodée de son goitre, et aucun des symptômes qui, depuis, ont apparu chez elle, n'avait appelé son attention. Elle a été chlorotique, il y a 2 ans. Elle a été guérie à peu près complètement l'hiver dernier, mais sa chlorose a recommencé en avril. Traitée au mois d'août par M. Bard, pour cette affection, elle dit avoir eu, à ce moment, des douleurs violentes à l'épigastre et au niveau du cœur, avec des palpitations et même des intermittences. Enfin, elle a dit avoir été prise, à ce moment, d'un tremblement particulier qui s'observait non seulement aux membres supérieurs, mais encore aux membres inférieurs.

Du côté de la glande thyroïde, la malade a été atteinte de thyroïdite et opérée il y a 15 jours. Le 13 septembre 1893, M. Jaboulay pratique une exothyropexie. Anesthésie par l'éther ; incision en T renversé, dont la branche horizontale a environ 6 centimètres. Immédiatement après l'opération de la thyroïdite, température 39°5, qui baisse rapidement ; après l'exothyropexie, elle a eu 39°4, puis est revenue à la normale. La circonférence du cou mesure 41 centimètres. Dyspnée légère, un peu de toux. Pouls variant de 110 à 140, régulier. Le pouls carotidien soulève les téguments de la région latérale du cou.

Pas d'exophtalmie. Par moment, la malade a la vue un peu trouble. Tremblement faible, quoique net, quand la malade écarte les doigts. Ovarialgie des deux côtés. Pas d'autres signes hystériques. Réflexes rotuliens exagérés. Douleurs d'estomac. Dégoût des aliments, sensation de nausées.

20 septembre. — La malade dit avoir des palpitations. Pouls 88, régulier ; plus de nausées ; tremblement des doigts moins accentué. Etat général satisfaisant.

25 septembre. — La malade a présenté 2 petites escarres noirâtres, qui sont tombées au bout de quelques jours. Circonférence du cou : 40 centimètres.

13 décembre. — La malade présente une angine pultacée assez intense, surtout du côté droit. Circonférence du cou : 32 centimètres. Il y a donc une diminution de 9 centimètres.

---

#### OBSERVATION XI. (Inédite.)

(Service de M. Poncet.)

##### EXOTHYROPEXIE.

Clément C..., 29 ans, né à Marols (Loire), cultivateur, entré dans le service de M. Poncet le 8 septembre 1893.

Comme antécédents personnels, on note des accès de fièvres paludéennes et une fluxion de poitrine. Il y a quelques goîtres dans le pays qu'habite le malade. Sa cousine était atteinte de goitre (Voir observation IX) ; elle a été exothyropexiée par M. Poncet au mois d'avril dernier, et c'est parce qu'il a été frappé de l'heureux résultat de l'opération que le malade vient aujourd'hui demander une intervention chirurgicale. Le goitre a le volume d'un gros poing, mais ne détermine qu'un peu d'essoufflement quand le malade se livre à un exercice violent. Bon état général.

Le 9 septembre, M. Jaboulay pratique l'exothyropexie. Il s'agissait d'un goitre charnu. Circonférence du cou, 54 centimètres.

La température a atteint 38°7 le soir de l'opération, 39°2 et 39°4 le 10 ; 39°5 et 40°2 le 11 ; 39°8 et 40°8 le 12 ; 39°6 et 40°8 le 13 ; 39°6 et 40°5 le 14 ; 39°5 et 40°6 le 15. Elle oscille entre 39° et 40° jusqu'au 22 pour n'atteindre 38°5 que le 31. A cette époque, cautérisations au thermo-cautère suivie d'une ascen-

sion thermique atteignant 41°, puis descente progressive de la température. Il est à noter que plusieurs escarres se sont produites sur le goître.

13 décembre. — Circonférence du cou, 45 centimètres 1/2

---

### OBSERVATION XII. (Inédite.)

(Service de M. Poncet).

Due à l'obligeance de M. Siraud, interne.

#### EXOTHYROPEXIE.

Anne C..., 20 ans. tisseuse, née à Roanne (Loire). Entrée le 12 septembre 1893.

Aucun goitre dans la famille, très peu dans le pays. Père, mère, une sœur habituellement en bonne santé. Pas de maladie antérieure. A 12 ans 1/2, la malade était de taille et de force précoces. Règles régulières à 12 ans 1/2, travaille au tissage. Elle constate alors que son cou grossit à droite, régulièrement, sans troubles, si ce n'est un peu de dyspnée 2 ou 3 jours avant les époques menstruelles. A 15 ans 1/2, le goitre avait le volume d'une orange. La malade entre dans le service de M. D. Mollière qui fit 5 ponctions en 2 mois. Il sortit un liquide couleur chocolat. La 5<sup>e</sup> ponction fut suivie d'une hémorragie assez grave. Au bout de 3 mois la malade partit, le goitre ayant à peu près complètement disparu. Tout resta ainsi jusqu'à il y a un an. Alors apparut de nouveau un goitre à droite qui atteignit en 1 an le volume auquel il était arrivé la première fois, en 3 ans.

A son arrivée dans le service, on constate un goitre dur assez régulier siégeant à droite. Volume d'une orange. Opération le lendemain 13 septembre par M. Jaboulay. Éthérisation. On trouve une tumeur très vascularisée, 2 poches en

bas remplies de liquide couleur chocolat, ressemblant assez à du sang. Le reste du goitre est charnu. Luxation. Enveloppe gaze iodoformée. 1 pince à demeure. Le soir, température 37°3. La malade va le mieux possible.

16 septembre. — Le cou a 46 centimètres 5 de circonférence. Les pansements se font tous les jours et sont souillés abondamment d'un liquide sanguinolent assez clair.

13 décembre. — Circonférence du cou, 40 centimètres. Il y a une réduction de plus de 6 centimètres 1/2, car la première mensuration n'a été faite que 6 semaines après l'opération.

La malade a présenté une température très irrégulière due à ce que la plaie a été infectée. Dans ce cas, la courbe diffère de celles des opérations analogues par de grandes oscillations pouvant atteindre trois degrés: le 29 octobre, elle s'est élevée à 41°8.

---

### OBSERVATION XIII. (Inédite.)

GOITRE EXOPHTALMIQUE. — EXOTHYROPEXIE.

(Due à l'obligeance de M. Siraud, interne).

Elise C..., 19 ans, gantière, née à Lyon, entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet, le 29 septembre 1893.

Père mort à 42 ans (maladie de la moëlle épinière?) mère bien portante, mais nerveuse, un frère et trois sœurs en bonne santé. Les sœurs sont aussi un peu nerveuses. Réglée à douze ans. Tempérament mou jusqu'au début de l'affection actuelle qui date d'un an environ, la malade à cette époque, prit un bain au moment où elle avait ses règles. Elle attribue sa maladie à ce bain. Depuis ce moment, elle a remarqué que son cou grossissait peu à peu, qu'elle avait les yeux gonflés et que ses mains tremblaient.

Actuellement, exophtalmie très marquée, tremblement des mains peu accentué. Les deux lobes latéraux sont le siège d'une hypertrophie assez forte. Sensation d'étouffement de temps à autre, quand la malade est couchée. Circonférence du cou : 33 centimètres  $1/2$ . Pouls : 140. Quelques mouvements choréiques dans les membres supérieurs et inférieurs.

30 septembre. — Exothyropexie. Après l'opération, circonférence : 36 centimètres.

2 octobre. — Pouls : 125.

5 octobre. — Pouls ; 110.

6 octobre. — Pouls : 120. Pas de modification du tremblement et de l'état nerveux.

9 octobre. — Pouls : 112. Le tremblement a presque disparu, la malade se dit guérie.

L'exophtalmie ne paraît pas modifiée.

13 octobre. — Mesure du cou : 32 cent. 5. L'exophtalmie a diminué.

La température a atteint 38° le soir de l'opération, 37°6 et 37°8 le lendemain 1<sup>er</sup> septembre, 38°2 et 38°8 le 2; 37°8 et 37°6 le 3; 37°8 et 39° le 4; puis est redescendue jusqu'au 10 où elle atteint 36°6.

---

#### OBSERVATION XIV. (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. Lagoutte, interne du service. —  
Service de M. Poncet).

##### EXOTHYROPEXIE.

Benoit D..., né à Villié-Morgon (Rhône), âgé de 16 ans, entré le 16 mars 1893.

Il est impossible d'avoir des renseignements précis sur le début et la marche de l'affection, l'enfant ne pouvant pas parler et semblant comprendre très difficilement les questions

qui lui sont posées. Les accidents respiratoires semblent remonter à un an.

Actuellement, de chaque côté de la trachée, qui a conservé sa situation sur la ligne médiane, deux masses de consistance dure et uniforme présentant une surface bosselée. De chaque côté les tumeurs s'enfoncent sous le sterno-mastoïdien et peut-être aussi sous le sternum. Ces masses ascensionnent avec le larynx. Circonférence du cou : 38 centimètres. Gêne respiratoire intense, cornage et tirage. Troubles de la parole.

C'est à peine si le malade peut articuler quelques mots.

Bon état général. L'enfant paraît mal développé au point de vue psychique. Il sait à peine lire. Il a l'air hébété et semble comprendre à grand peine ce qu'on lui dit. Le goitre remonte au moins à sept ans. Au dire de la mère, l'enfant eut le cou serré par une corde avec laquelle il conduisait une vache. C'est à la suite de cet accident que le goitre se serait développé. Les troubles de la parole ont toujours existé. A 5 ans, l'enfant ne parlait pas encore.

17 novembre 1893. — Exothyropexie : Incision en croix allant jusqu'au bord interne des sterno-mastoïdiens. Veines sous-cutanées développées. Vaisseaux énormes sillonnant le corps thyroïde. Pas de lobe médian, deux lobes latéraux hypertrophiés (goitre charnu) chacun du volume d'une mandarine et se rejoignant vers la ligne médiane comme deux lobes prostatiques. Le lobe droit plonge sous le sternum.

Luxation de chaque lobe maintenu au dehors par une bande sous-jacente de gaze iodoformée. Un point de suture fixe à la peau la partie inférieure du lobe droit autrefois enclavé sous le sternum. Trachée dépressible, aplatie latéralement. Quelques petites veines sillonnent le lobe gauche. Pansement à plat. On examine attentivement la surface de la glande exothyropexiée. On voit après quelques secondes cette surface devenir humide. Sécrétion sudorale relativement abondante, très alcaline au tournesol. Circonférence : 38 centimètres.

13 décembre. — Circonférence du cou 33 cent.  $1/2$  en haut. Circonférence maximum 35 cent.  $1/4$ .

Température 37°4 le 17; 38° et 37°7 le 18; 38°1 et 39°2 le 19; 37°9 et 39°3 le 20; 38°5 et 38°8 le 21; 38°3 et 38°9 le 22; 38°2 et 39° le 23; 37°8 et 38°5 le 24.

---

#### OBSERVATION XV. (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. Siraud, interne du service. —  
Service de M. Poncet).

##### GOITRE AVEC TROUBLES FONCTIONNELS. EXOTHYROPEXIE.

Joséphine M..., 19 ans, cultivatrice, née à Saint-Alban de Montbel (Savoie). Entrée le 24 novembre 1893.

Entre pour goitre datant de 12 à 13 ans. Pas d'antécédents goitreux dans la famille, pas de nervosisme héréditaire.

Cette jeune fille est le septième enfant de la famille qui en compte 12. 2 sont morts d'affections indéterminées, pas de goitres parmi ses sœurs. Bonne santé. Pas de goitreux dans son pays.

La tumeur actuelle apparut alors que la malade avait 12 à 13 ans; à cette époque la jeune fille présentait à la région latérale gauche du cou une tumeur du volume d'une petite noix, qui s'accrut plus rapidement en 3 ans. La malade avait 15-16 ans. La tumeur était dure et lisse sur la ligne médiane; près de la poignée du sternum, au niveau de laquelle, dit la malade, il existait une petite saillie arrondie proéminente. La présence de ce petit goitre gênait fort peu la malade; elle avait uniquement un peu de gêne respiratoire, surtout accusée dans les efforts; pas de troubles nerveux. Le goitre médian fut alors ponctionné par un médecin de Chambéry, il en sortit un liquide analogue à du sang noir. La déformation disparut.

Pendant les 3 ou 4 ans qui suivirent, jusqu'en mars 1893, réapparition d'un petit goitre médian. De mars à juin, accroissement rapide. A cette époque, le cou était déformé latéralement à droite et à gauche. Apparition de troubles nerveux : tremblement, palpitation, dyspnée, affaiblissement de la voix, troubles psychiques, impressionnabilité.

Réglée à 14 ans. Depuis quelques mois les règles sont moins abondantes et décolorées.

Actuellement, la malade bien développée, semble névropathe : pommettes rouges, yeux brillants, mais pas d'exophtalmie.

A la région médiane du cou, au-dessus de l'échancrure sternale existe une tumeur saillante arrondie du volume d'une petite mandarine, suivant les mouvements d'ascension du larynx. Latéralement et refoulant en dehors les sterno-mastoïdiens, on trouve les deux lobes du corps thyroïde augmentés de volume.

Battements vasculaires très marqués au cou, au cou tachycardie, au foyer pulmonaire, bruit de pialement descendant un peu le long du sternum, du côté des gros vaisseaux du cou.

Souffles oculaires et céphaliques très nets. Respiration normale, pas de troubles laryngés marqués, troubles nerveux, diminution de la sensibilité à gauche. L'ouïe a diminué d'acuité depuis quelques mois. Circonférence du cou 0,365 millimètres avant l'opération.

28 novembre. — Exothyropexie. Circonférence 0,46. Incision médiane du larynx au sternum, jusqu'au tissu cellulaire périthyroïdien. Dénudation et dissection digitale de l'espace périthyroïdien. La veine jugulaire antérieure a pu être réclinée à droite, sans s'être montrée dans la plaie. Plusieurs masses kystiques sont visibles ; une grosse masse à gauche.

Luxation d'abord de la partie droite du corps thyroïde puis du lobe gauche. Très faible vascularisation périphérique thyroïdienne. Quelques tractus musculo-aponévrotiques restent sur le milieu de la tumeur ; en les détachant on casse une veine sur le milieu du goitre.

13 décembre. — Circonférence du cou : 38 centimètres.

Température : 37°4 le 17; 38° et 37°7 le 18; 38°1 et 39°2 le 19; 37°9 et 39°3 le 20; 38°5 et 38°8 le 21; 38°3 et 38°9 le 22; 38°2 et 39° le 23; 37°8 et 38°5 le 24. A partir du 25 la température oscille autour de 37°5.

---

#### OBSERVATION XVI.

(M. Gangolphe, Lyon Méd. 1893, p. 476.)

##### OPÉRATION PRATiquÉE DANS LA NUIT DU 20 FÉVRIER 1893.

Garçon de 16 ans et 1/2 ayant un gros cou depuis 3 ans environ. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il aurait déjà eu des accès de suffocation et de dyspnée très notable. Admis le jour même dans le service de mon collègue M. Chappet, il fut pris à plusieurs reprises d'accès de suffocation dont le dernier fut si violent que l'interne de garde dut tenter la trachéotomie. Le volume des veines, les difficultés parurent telles que l'on attendit mon arrivée pour achever l'opération. Au moment où j'ai pris le malade, la situation paraissait plus que désespérée, la respiration était suspendue, l'anesthésie des cornées complètes, et, je n'ai pas besoin de le dire, la perte de connaissance absolue. Après avoir cherché à aborder la trachée directement à travers le goitre, je vis que je perdrais un temps précieux à l'hémostase; avec le doigt plongé derrière le sternum et promené autour du goitre, je décollai le tissu cellulaire et je luxai en haut et en avant une partie du corps thyroïde. La trachée apparut alors refoulée à gauche et en arrière, aplatie, mais surtout extraordinairement ramollie. Il ne restait à peu près plus de trace des cerceaux cartilagineux et la comparaison qui se présenta à l'esprit des assistants fut celle de la sous-clavière sur le cadavre. Avec une pince à griffes je dus attirer la paroi antérieure

de la trachée pour l'inciser bien isolément, je plaçai rapidement une canule et nous fîmes la respiration artificielle. En même temps, je faisais préparer le marteau de Mayor et la pile. Au bout d'un certain temps, la vie parut se rétablir, le pouls reparut, le visage se colora, et la respiration d'abord irrégulière, devint normale. A ce moment je me demandai si je ne devais pas enlever le segment thyroïdien que l'on voyait au-dessus et un peu à droite de la canule. La crainte de perdre irrémédiablement un sujet que nous venions de rappeler à la vie, puis, cette considération que la trachée était déformée et surtout incapable de résister à l'extirpation, à la pression de l'air, m'engagea à borner là mon intervention. Je formulai nettement mon opinion en disant que loin de considérer comme une chose nuisible l'existence d'un collier thyroïdien péritrachéal, je le regardais comme pouvant jouer le rôle d'attelle externe, la canule remplissant celui d'attelle interne.

J'avais enfin cette idée que le fait de l'avoir mobilisé, isolé de ses connexions (tripoté, passez-moi l'expression) pourrait, le traitement général aidant, amener l'atrophie du goitre. — Les suites de l'opération furent des plus simples; la plaie ne fut pas même suturée. Le sujet revint très rapidement à la santé la plus complète. L'albumine qu'il avait présentée dans ses urines lors de son entrée dans le service de médecine, disparut rapidement. Quant au goitre, il ne diminua que peu à peu. Interrogé fréquemment par mes internes et les élèves qui suivaient mon service, sur la conduite que je pensais tenir plus tard vis-à-vis du goitre, je répondis constamment que j'espérais voir le goitre disparaître par suite des manipulations dont il avait été l'objet et de son décollement partiel. Je considérais le port prolongé d'une canule comme nécessaire pour faire disparaître l'aplatissement et le ramollissement de la trachée. Je prescrivis et je maintins mon malade à un traitement tonique et iodique (teinture d'iode, iodoforme) assez rigoureux. Au bout de 5 mois, je remplaçai la canule ordinaire par une canule à soupape, dans le but de calibrer

la trachée par le passage de l'air. Il y a juste une semaine, j'ai supprimé la canule. La trachée a récupéré une consistance et un calibre suffisant et le goître a complètement disparu.

Opéré in extremis, mon sujet n'a pas subi de mensuration. Je ne puis donc vous fournir des proportions mathématiques. Le malade ne pouvait boutonner ses chemises, et évalué lui-même à 6 ou 8 centimètres, la diminution du périmètre du cou.

---

#### OBSERVATION XVII.

(Sydney Jones. Lancet 1883.)

W... D., laboureur, 48 ans. Entre à l'hôpital Saint-Thomas porteur d'une tumeur thyroïdienne qui, depuis quelques mois, s'est fortement accrue. Apparence d'une fort bonne santé. Dyspnée considérable augmentée par l'effort. L'isthme se dessine très bien en travers de la trachée, s'étendant au-dessous de ses limites normales, d'environ 2 centimètres 5. Un peu de douleur à la pression. La trachée est légèrement déviée à gauche de la ligne médiane. Circonférence maximum du cou : 43 centimètres 75.

Opération, 17 mars. Anesthésie. Incision de 9 centimètres sur la ligne médiane. On détache avec le doigt et la sonde directrice, l'isthme du devant de la trachée et on le soulève, puis, avec une aiguille à anévrysme chargée d'une double ligature, on perfore aisément le point de jonction de l'isthme avec chaque lobe latéral. La double ligature est faite de chaque côté, comme pour un pédicule ovarien. L'isthme est sectionné et on laisse pendre les fils, pour servir de drains.

La trachée était considérablement comprimée, d'une forme triangulaire, le sommet en avant, et chaque face latérale quelque peu concave. Les cartilages étaient fermes et ne sem-

blaient pas ramollis. Immédiatement après l'opération, le malade semble beaucoup soulagé. Très peu d'hémorragie; l'opération n'a pas été exécutée sous le spray, mais on a fait un pansement antiseptique. Le soir, suintement séro-sanguinolent. Température 36°5.

18 mars. — Suintement abondant. Pansement avec tampon glacé de gaze antiseptique, recouvert d'ouate salicylée. Température à 2 heures du matin, 37°2; à 2 heures du soir, 39°3; à 11 heures du soir, 38°2.

19 mars. — Le malade dit qu'il respire plus facilement, bien qu'il y ait un sifflement particulier pendant la respiration. Gêne au cou et un peu de dysphagie. Température: 3 heures du matin, 37°6; 3 heures du soir, 38°9; 7 heures du soir 38°.

20 mars. — Respiration plus facile, mais toux pénible, sans expectoration. Après-midi et soirée agités. Pouls 128.

22 mars. — Amélioration, disparition des accès de suffocation, diminution de la toux.

23 mars. — On enlève les fils.

26 mars. — L'hypertrophie des lobes latéraux diminue, la plaie devient granuleuse.

28 mars. — Plus de troubles fonctionnels. Le malade observe lui-même une diminution notable du corps thyroïde.

14 avril. — La plaie présente maintenant une surface unie et saine. La thyroïde est à peine sensible. De temps à autre, sueurs nocturnes, sans signe de phtisie.

4 mai. — On ne sent plus le corps thyroïde.

La température paraît avoir été quelque peu irrégulière, variant de 37° le matin du 24 mars, à 37°8 le 20 et le 27, à 38°9 le 2 avril au soir, à 39° le 3 avril, à 39°3 le 27 mars, 40° le 4 avril. Après le 9 avril, il y eut un abaissement de 1 ou 2 degrés dans le milieu du jour, suivi d'une élévation le soir.

---

OBSERVATION XVIII.

(Sydney. — Jones-Lancet, 1884.)

E. N., 24 ans, mariée. Un enfant. Entre 23 janvier 1884, à l'hôpital Saint-Thomas. Elle présente une grosseur au cou. Depuis dix ans, accès de dyspnée durant plusieurs heures. Ces deux dernières années, dysphagie et palpitations. Lipothymies à l'époque des règles. Anémie. La tumeur monte quand la malade avale et est constituée par deux portions de la grosseur d'un œuf, réunies par un isthme large. Elle mesure 5 centimètres 25 sur la ligne médiane. Du côté droit, la tumeur refoule le sterno-cléido-mastoidien et s'étend jusqu'à la clavicule. Pas de fluctuation. La grosseur du lobe gauche est relativement faible, excepté près de l'isthme.

6 février. — Anesthésie au chloroforme, incision sur la ligne médiane, jusqu'à la fourchette. La tumeur vient faire saillie à travers la plaie. Il devient évident que la tumeur provenait du lobe gauche. Ligature de quelques vaisseaux. On passe le doigt derrière l'isthme, et avec ce doigt pour guide, S. Jones perfore avec une aiguille à anévrysme, chargée d'une double ligature de soie forte, le milieu du côté gauche de l'isthme. Même manœuvre du côté droit. Résection de la partie de l'isthme, comprise entre les deux ligatures. Trachée en forme de carène. Drainage. Sutures. Pansement antiseptique. Nouveau pansement le soir. Suintement. T. 37°1.

7 février. — Pansement. Suintement. T. m. 38°7; s. 39°2.

8 février. — Pouls, 92. Respiration 24. T. m. 37°7; s. 37°5.

16 mars. — La malade quitte l'hôpital. Atrophie et guérison.

---

## OBSERVATION XIX.

(Sydney Jones. — Lancet, 30 août 1884, p. 367).

H. K., âgé de 17 ans, ajusteur, est admis le 24 mars. La mère du malade a, dit-il, une grosseur au cou semblable à la sienne, mais on ne peut connaître rien de sûr à ce sujet. La grosseur est apparue d'abord à la partie inférieure du cou, il y a de cela six mois; elle s'accrût lentement; puis, il y a trois semaines, plus rapidement, surtout à gauche. Il a constaté quelques altérations dans la voix il y a quatre mois; il a aussi un peu de dysphagie. Durant tout le temps il a eu des douleurs dans les yeux et de légères palpitations à chaque exercice inaccoutumé. A l'admission, il y a une tuméfaction considérable de la glande thyroïde, s'étendant du niveau de l'os hyoïde jusqu'à la racine du cou, proéminent surtout au niveau de l'isthme, qui cependant ne paraît pas affecté. La grosseur est limitée aux lobes latéraux, elle est molle, mais sans fluctuation. Il n'y a pas de gonflement des veines superficielles. Il y a un peu d'hypertrophie cardiaque et un prolongement du premier bruit à la base. Pas d'exophtalmie, pas de maladie viscérale. La circonférence du cou au niveau de la 7<sup>e</sup> cervicale est de 15 pouces (38 cent.), à la base du cou de 15. pouces 1/2 (41 cent.), étant de 1/4 de pouce plus grande à gauche qu'à droite.

Le 2 avril, Sydney Jones incise sur la ligne médiane sur une longueur de 4 pouces 1/2 (9 cent. 1/2), jusqu'à la capsule qui est mise à nu. Quelques veines sont liées, l'isthme est isolé avec l'index; l'isthme qui était très friable est séparé de la trachée. Une double ligature est passée à travers la partie antérieure des lobes latéraux; une portion considérable est ainsi enlevée. La substance de la glande est granuleuse et facilement broyée. La trachée avait été légèrement comprimée latéralement; sa face antérieure est tout à fait libérée par l'opération. Drainage, sutures, pansement.

Quelques heures après, le malade eut de la céphalalgie, mais se sentait bien. Le lendemain pansement, six jours après, on enlève les sutures. On fit lotion au chlorure de sodium. Le malade se leva le seizième jour. Le vingtième jour après l'opération, le cou mesurait 14 pouces (35 cent.). On le revit après sa sortie de l'hôpital, il y avait nouvelle diminution.

Le soir de l'opération, température 98° 8 F. (37° C.); le lendemain matin 103° 2 F. (39° 5), elle tombe dans la journée à 99° (37° 1) pour s'élever plus tard à 101° 8 (38°). Il y eut alors une descente graduelle (excepté le 6, où elle s'éleva à 102° 2 (39° 1), jusqu'à 96° 8 (36° 9), le 9. De cette date jusqu'au matin du 12, il y eut élévation graduelle jusqu'à 103° (39° 8) et chute le lendemain à 96° 4 (36° 8), après quoi elle revint à la normale.

---

## OBSERVATION XX

GOITRE HYPERTROPHIQUE. ABLATION DU LOBE GAUCHE ET DE L'ISTHME; ATROPHIE DU LOBE DROIT.

(Julius Wolff. Berl. klin. Woch. n° 19; p. 297. 1885.)

.....  
Le malade, âgé de 14 ans et 9 mois est porteur d'un goitre hypertrophique. Relativement grand et fort pour son âge, on lui donnerait 17 ans. Il me fut amené le 18 février 1884 par mon collègue Julius Friedländer pour de la gêne respiratoire occasionnée par un goitre plutôt petit.

Ces accès de dyspnée, qui s'accompagnaient d'une toux fréquente, débutèrent il y a environ un an. Dans les dernières semaines les accès étaient devenus considérables.

Le goitre était de forme régulière, de consistance ferme et avait le volume d'un petit poing. Le lobe droit était un peu

moins développé que le gauche et l'isthme. Sur la ligne médiane, le goitre s'étendait en haut jusqu'au bord supérieur du cartilage cricoïde, tandis qu'en bas, il plongeait si loin dans l'espace rétrosternal que, même dans les mouvements de déglutition on ne pouvait atteindre sa limite inférieure. Les lobes latéraux s'étendaient de la clavicule jusque sur le milieu du cartilage thyroïde. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens étaient un peu déplacés en dehors ; les veines du cou étaient très dilatées ; la peau était bien mobile sur la tumeur. La respiration devenait beaucoup plus laborieuse quand le malade parlait un peu longuement ou quand il s'était donné du mouvement. Le cœur était normal.

Nous convenons d'extirper le goitre le mercredi 20 février.

Le mercredi, vers 7 heures du matin, je fus appelé en hâte auprès du malade. Il avait assez bien dormi pendant la nuit, mais, après le réveil, il était subitement tombé dans le collapsus.

Lorsque j'arrivai, il n'y avait plus ni pouls, ni choc du cœur, ni respiration. Depuis déjà 5 minutes, me dit-on, le malade n'avait pas fait une inspiration.

Je portai rapidement le malade sur la table d'opérations et l'y couchai la tête pendante.

Je fis la trachéotomie.

.....  
(Ici Wolff décrit avec beaucoup de détails la façon dont il s'y prit pour faire cette opération, laquelle, à cause du goitre, fut assez difficile à exécuter.)  
.....

3/4 d'heures après la trachéotomie, le malade fut assis sur la table d'opérations. Un contraste étrange se manifesta entre l'état actuel du malade et celui dans lequel il s'était trouvé quelques instants auparavant. Il était très heureux. Jamais, depuis de nombreux mois il ne s'était senti si bien qu'à présent. Il pouvait encore une fois respirer régulièrement.

Comme il était convenu, le malade étant anesthésié, je pra-

tiquai la strumectomie<sup>(1)</sup> l'après-midi du même jour, en suivant l'incision faite le matin à travers l'isthme. J'enlevai la moitié gauche du goitre, c'est-à-dire le lobe gauche et la moitié gauche de l'isthme. Pendant cette opération, je restai le plus possible en dedans de la capsule et évitai de me servir d'instruments tranchants, faisant usage, tantôt du doigt et du manche du scalpel, tantôt de 2 pinces à griffes, pour séparer l'organe des tissus voisins. Ainsi, je restai toujours directement sur le goitre et le dégagement se fit très facilement. Je pus, avec le doigt, dégager la partie rétrotrachéale du lobe gauche, aussi aisément en certains points que cela se fait pour une tumeur lymphatique du cou non ulcérée.

.....

Quant à l'hémorragie, Wolff eut recours à la compression soit directe au moyen du doigt, soit indirecte au moyen d'un tampon d'ouate salicylée. L'hémorragie céda presque toujours à cette intervention; 2 ou 3 fois on dut tordre des artères. Aucune ligature ne fut faite.

La trachée ne présentait en aucune façon le ramollissement décrit par Rose; elle était plutôt cartilagineuse et offrait une déformation très nette en lame de sabre.

.....

Wolff considéra l'opération comme achevée. Elle avait duré environ une demi-heure.

.....

La plaie fut nettoyée suivant la méthode habituelle, suturée, drainée et pansée antiseptiquement. Je n'osai pas retirer la canule, en sorte qu'un traitement rigoureusement antiseptique n'était pas possible. Ce qui en accrut encore la difficulté, c'est ce fait, que le malade, dans les premiers jours qui sui-

---

(1) Il importe de faire remarquer que Wolff emploie le mot strumectomie sans lui donner le sens précis que nous lui avons reconnu dans notre chapitre I.

virent l'opération, toussa beaucoup et rejeta par la canule d'abondantes mucosités.

Le pansement fut, pour cela, continuellement souillé et dut être renouvelé une ou deux fois par jour.

Néanmoins, la guérison se fit très régulièrement. Le lundi 25 février, après que la toux eut presque complètement disparu, la canule fut enlevée. Le dimanche 2 mars, la plaie était cicatrisée jusqu'à l'ouverture du drain et le malade fut congédié. Huit jours après, l'ouverture du drain était aussi cicatrisée.

Aucun signe de lésion du nerf récurrent.

Déjà dans les premières semaines après l'opération, on pouvait constater que le lobe droit de la glande thyroïde diminuait d'une façon continue. Au bout de 4 semaines on avait de la peine à trouver quelque différence entre le lobe gauche et le droit. Vous pouvez encore aujourd'hui vous en convaincre; il s'est écoulé plus d'un an depuis l'opération. Vous voyez que le cou a le même aspect que si l'on avait pratiqué la thyroïdectomie totale. Vous pouvez également observer que pendant toute l'année le malade a été sain de corps et d'esprit et n'a présenté aucun signe de cachexie strumiprive.

.....

Dans la discussion qui eut lieu après cet exposé, Küster dit que depuis longtemps déjà il se contentait de n'enlever qu'un lobe. Cette opération suffisait pour faire cesser les troubles et était suivie d'une atrophie du lobe du côté opposé.

Le malade dont nous venons de reproduire l'observation a été suivi par Wolff. Nous trouvons à ce sujet les renseignements suivants dans le Berl. Klin. Woch. 1892, n° 51. Il y a 2 ans ce malade a été présenté comme un des plus beaux cas de régression complète.

Actuellement, on sent une récurrence nette, bien que cependant elle soit restée peu considérable jusqu'à présent et n'ait pas tout-à-fait atteint le volume d'une noix.

---

### OBSERVATION XXI.

(J. Wolff. Berliner Klin. Woch. N° 51, 1892, p. 1316.)

Vous voyez ici devant vous un malade âgé de 34 ans, opéré il y 6 ans, auquel j'ai extirpé la moitié droite du corps thyroïde et réséqué une partie de la moitié gauche. Les masses enlevées pesaient 260 grammes. Je présentai le malade il y 5 ans à la Société de médecine. Les parties respectées de son goitre avaient complètement rétrocedé. Aujourd'hui l'état est exactement le même qu'il y a 5 ans. Par la palpation la plus exacte on ne sent pas la plus petite trace des parties laissées en place. Le malade assez peu intelligent et sourd a, d'après la déposition de ses parents, gagné en activité intellectuelle depuis l'opération, et même a fondé une entreprise de tapisserie qui est en bonne voie.

---

### OBSERVATION XXII.

(J. Wolff. Berliner Klin. Woch. N° 51, 1892.)

La deuxième malade a été opérée il y a 5 ans 1/2 et est âgée de 48 ans. Son goitre avait à droite le volume d'un gros poing d'adulte, à gauche celui d'un poing d'enfant et contenait un gros kyste hémorragique. L'opération eut lieu lieu du côté gauche. En 1887, l'examen de la malade montrait que le côté droit s'était réduit à la grosseur d'une noix. Depuis, il n'y a pas eu de changement important chez la malade que j'aie d'ailleurs revue souvent. Le lobe droit, vous le voyez, a encore diminué. Depuis l'opération, la malade s'est constamment trouvée bien et ne s'est plaint de rien.

---

OBSERVATION XXIII.

(J. Wolff. Berliner Klin. Woch. N° 51, 1892.)

La troisième malade a aujourd'hui 23 ans ; elle a été opérée par moi il y a 6 ans 1/2. Les deux moitiés avaient à peu près le même volume. La moitié droite fut extirpée (poids, 133 grammes). Je présentai la malade à la Société de médecine en 1887, 1 an 1/2 après l'opération, comme un cas où la moitié de goitre laissée en place avait complètement rétro-cédé. Lorsque je la revis plusieurs années après, je trouvai une récurrence importante du côté gauche surpassant le volume d'une pomme de Borsdorf, qui, jusqu'à présent encore n'a pas occasionné le moindre accident.

---

OBSERVATION XXIV.

(R. Köhler. Berl. Klin. Woch, 13 juin 1892.)

La malade vint au mois d'août 1891. Elle était alors âgée de 15 ans. Elle était porteur d'un très gros goitre parenchymateux. Elle était originaire de la Silésie, mais non de la partie montagneuse. Sa mère souffre également d'un goitre. Elle remarqua que son cou commençait à grossir à l'âge de 12 ans, deux ans avant l'établissement de la menstruation. En même temps, sa respiration devint courte. Le goitre s'accrût rapidement; lors de l'admission de la malade, il avait atteint un volume considérable; chaque lobe avait la grosseur d'un poing d'adulte. En août dernier, j'enlevai la moitié droite de la glande avec l'isthme. J'aurais pu aussi extirper la moitié gauche, car ces deux moitiés étaient aussi volumineuses l'une que l'autre. L'opération et ses suites ne présentèrent rien de remarquable.

Déjà, avant même que la malade sortit de l'hôpital, on fut frappé de l'atrophie si rapide de la moitié gauche de la glande. Lorsque je revis la malade, il y a peu de temps, je fus étonné de voir que le côté non opéré avait repris ses dimensions normales; la tumeur plus grosse qu'un poing d'adulte s'était atrophiée. Le tour du cou qui, primitivement, mesurait 40 centimètres s'était réduit à 34.

---

OBSERVATION XXV.

(Wolff. Berl. Klin. Woch. 1892, p. 77.)

La malade, âgée de 17 ans, a un goitre hypertrophique accompagné d'une sténose de la trachée avec troubles respiratoires. Ce goitre était plus développé à droite qu'à gauche.

Tandis que jusqu'alors, j'avais toujours extirpé le lobe le plus volumineux par raison de cosmétique, j'ai, à dessein, dans ce cas, choisi le lobe gauche, le plus petit. D'après ce que j'avais observé dans tous les cas de régression des parties goitreuses laissées en place, j'étais bien certain de ne pas obtenir un moins bon résultat au point de vue cosmétique en opérant le côté le moins développé, c'est-à-dire le côté gauche.

Après avoir enlevé la moitié gauche du lobe médian et le lobe gauche entier, le reste de l'isthme proéminait tellement que j'en enlevai encore une petite partie.

Je vous présente les pièces : la moitié gauche pèse 129 grammes, la partie d'isthme enlevée pèse 22 grammes, total 151 grammes.

La moitié droite laissée en place, d'après l'évaluation que j'en ai faite devait peser au moins 30 grammes de plus que la gauche, soit 160 grammes, et après l'ablation de la partie du côté droit de l'isthme 140 grammes.

L'opération eut lieu le 20 novembre 1891. Le 14 décembre,

la malade était guérie et parfaitement délivrée de toute gêne respiratoire, même en montant rapidement les escaliers. A cette date elle quittait ma clinique.

Vous pouvez vous convaincre, quatre semaines après l'opération, que la partie droite du goitre laissée en place a rétro-cédé et n'a guère plus que le volume d'une noix. De 140 grammes elle s'est réduite à environ 30 grammes.

L'avenir montrera si, comme je le prévois, le reste du goitre doit rétrocéder encore.

La malade a été revue en 1892 (Berl. Klin. Woch. 1892, p. 116). L'atrophie s'est continuée presque jusqu'à la dernière limite. Le côté droit, non opéré, est à peine plus perceptible que le gauche. Le poids de la moitié droite du corps thyroïde peut-être actuellement évalué à 10 grammes.

La malade qui était dans l'état le plus misérable lors de l'opération, qui avait une dyspnée pénible et était incapable de monter un escalier est actuellement resplendissante de santé.

---

## OBSERVATION XXVI

(J. Wolff. Berl. Klin. Woch. 1887, p. 510.)

La malade qui fait l'objet de cette observation est M<sup>lle</sup> L..., âgée de 26 ans. Depuis son enfance, son corps thyroïde s'était développé d'une façon égale des deux côtés et finalement avait bien atteint le volume du poing. En dernier lieu, il avait occasionné des accès d'oppression du plus haut degré dès que la malade se livrait au plus petit exercice, même en marchant lentement, en sorte que celle-ci avait pris la vie en dégoût.

Le 22 mai 1886, j'extirpai la moitié droite qui était la plus rétrotrachéale et était très fortement développée. Je libérai la

trachée, qui était dure et comprimée en forme de lame de sabre du côté droit, en suivant la méthode habituelle jusqu'au médiastin en bas. Guérison en 15 jours. Le reste du goitre rétrocéda après l'opération en sorte qu'actuellement par une palpation aussi soigneuse que possible du cou, il est difficile de dire si c'est la moitié droite du goitre ou la gauche qui a été expirée. L'apparence extérieure de la malade indique une santé florissante. La malade m'a assuré à plusieurs reprises que, depuis l'opération, il lui semble avoir repris une nouvelle vie.

---

#### OBSERVATION XXVII.

(J. Wolff. Berl. Klin. Woch. 1887, p. 510.)

Ce cas d'extirpation unitérale concerne une étrangère, M<sup>me</sup> H., de Lichterfeld, en Eberswald, âgée de 34 ans. C'est le plus petit des goitres que j'ai extirpés. L'opération a eu lieu le 7 janvier 1887. J'enlevai la moitié droite, qui présentait à peu près le même volume que la gauche. Elle ne pesait que 37 grammes. La strumectomie était indiquée par l'accroissement rapide de la tumeur depuis le mois d'août dernier, et par des accès intenses de suffocation que déterminait le goitre, malgré son origine récente. La trachée était dure et déformée, en lame de sabre. Guérison au bout de 12 jours. 21 jours après l'opération, la malade, délivrée de tous ses accès, retournait à son pays natal. Je ferai seulement remarquer qu'au moment où la malade quitta Berlin, le reste du goitre, surveillé avec soin, paraissait s'être réduit à la moitié de son volume. Je ne suis pas en mesure de vous dire si, dans la suite, l'atrophie s'est encore accentuée.

---

OBSERVATION XXVIII.

(J. Wolff. Berl. Klin. Woch. 1887, p. 510.)

La malade est âgée de 30 ans. J'ai pratiqué l'extirpation unilatérale, le 5 juillet 1886, au moment où étaient apparus les symptômes de la maladie de Basedow. La partie du goitre laissée en place, avait le volume d'un œuf d'oie. A présent, elle n'a plus que la grosseur d'une noix.

---

OBSERVATION XXIX.

(J. Wolff. Berl. Klin. Woch. 1887, p. 510.)

Le cas suivant concerne la femme S..., âgée de 33 ans, porteur d'un goitre gélatineux. L'opération fut pratiquée le 21 juillet 1885. Il y avait une sténose très prononcée de la trachée. A l'opération, on trouva de nombreux noyaux gélatineux, variant du volume d'une noix à celui d'une pomme de terre, renfermés dans le tissu normal du corps thyroïde. C'est un cas analogue à ceux que Garré et Keser ont décrits comme fréquents en Suisse, à la Clinique de Socin, et à celui qu'a opéré récemment M. Langenbuch, et qui a été présenté à l'Association libre des Chirurgiens de Berlin. La nature de ce goitre ne m'engageait pas à me contenter d'une énucléation intraglandulaire. Je ne fus pas tranquille au sujet de la sténose de la trachée, jusqu'à ce que je pus sentir profondément en bas, jusqu'au médiastin, le côté gauche de la trachée libérée dans toute son étendue. La trachée était dure et aplatie en lame de sabre, ce qui était en rapport avec les symptômes de sténose de la trachée. La guérison fut complète après 14 jours. La malade fut délivrée de ses accès jusque-là insupportables de

toux, d'enrouement et de dyspnée. La guérison fut durable, et depuis ce temps, c'est-à-dire après 2 ans, son état de santé est resté excellent. Les noyaux non extirpés, ne paraissent pas avoir beaucoup rétrocedé. Néanmoins, lorsque je l'ai revue, il y a peu de temps, la malade m'a affirmé très nettement que, depuis une demi année, la moitié droite de son cou avait diminué graduellement.

---

#### OBSERVATION XXX.

J. Wolff. Berl. Klin. Woch. 1887, p. 510.)

La malade exerce la profession de couturière, et est âgée de 30 ans. Le 4 mars 1887, j'extirpai la moitié gauche du goitre. La malade, qui était atteinte de la maladie de Basedow, vit les symptômes de cette maladie diminuer considérablement. L'amélioration s'accrut encore avec le temps. Jusqu'au commencement de mai, on ne pouvait affirmer avec certitude, qu'il y eut une atrophie du reste du goitre. Depuis ce temps, ce reste, qui présentait une fois et demi le volume d'un œuf de poule, s'était réduit de moitié.

---

#### OBSERVATION XXXI.

(A. Reverdin. 2<sup>e</sup> Congrès de Chir. 1886, p. 43. Résumée.)

M<sup>lle</sup> Z..., 28 ans, opérée le 21 janvier 1884; extirpation du lobe gauche, goitre en partie rétro-trachéal, amenant des accès de suffocation et de dysphagie. 15 jours après, les règles arrivent douloureuses et irrégulières. Dès le 9 février, inap-

pétence, nausées, crise de nerfs, ce qui ne lui était jamais arrivé, froid aux pieds. Au milieu de mars, bonne santé. Peu après, violentes douleurs d'estomac. Depuis janvier 1885, guérison. 11 octobre 1886, bonne santé persistante.

Le lobe droit thyroïdien est actuellement de petit volume, à peine plus gros qu'à l'état normal, mais on le sent nettement; il me paraît avoir diminué depuis l'opération.

---

#### OBSERVATION. XXXII.

(A. Reverdin, 2<sup>e</sup> congrès de Chirurgie, 1886.)

M<sup>lle</sup> F..., 37 ans, opérée le 22 septembre 1885. Extirpation du lobe gauche seul; l'isthme très distinct, épais comme 2 doigts, est lié en 2 points et sectionné entre 2 ligatures; le récurrent paraît avoir été coupé, la voix est rauque, et je constate le 6 octobre une paralysie de la corde vocale; douleur épigastrique, douleurs de reins, un peu de fièvre; elle quitte notre clinique particulière le 7 octobre; elle continue à se plaindre de douleurs dans la poitrine, derrière le sternum.

14 novembre 1885. — La malade vient à ma consultation, sa santé n'est pas rétablie, la voix est faible, un peu voilée et fait défaut lorsqu'elle est fatiguée; l'examen montre que la corde vocale gauche est toujours paralysée, mais que la droite arrive presque à son contact, lorsqu'elle émet un a ou un é. Elle se plaint de ressentir encore des douleurs pénibles dans la poitrine vers le creux de l'estomac. Sa main gauche ne fonctionne pas, à son dire, comme la droite; elle lâche les objets facilement, ce qui arrivait beaucoup moins autrefois; cette main paraît affaiblie. Elle s'essouffle facilement. La cicatrice du cou est douloureuse à la pression et elle a la sensation que quelque chose n'est pas en ordre dans son cou. Je ne trouve pas trace de gonflement ni aux mains, ni à la face.

À la palpation du cou, il m'est impossible de sentir le lobe latéral droit de la thyroïde, il semble qu'il ait complètement disparu, et il existait, pourtant, et assez marqué, au moment de l'opération. Je lui prescris du fer et lui fais faire des séances d'électrisation pour sa paralysie de la corde vocale. La voix revient peu à peu et en août 1886, elle est normale, mais elle se fatigue vite.

Le 8 octobre 1886, nouvel examen dont voici le résultat : la malade continue à se plaindre de douleurs retrosternales qui traversent dans le dos et d'essoufflement ; elle n'a jamais présenté de pâleur bien marquée et actuellement, elle est plutôt colorée ; elle éprouve souvent des palpitations ; elle a peu d'appétit ; le facies est bon, il n'y a jamais eu le moindre gonflement aux jambes, qui présentent d'énormes varices et ont été ulcérées ; il ne s'est pas produit non plus de troubles trophiques, les cheveux ne tombent pas plus qu'autrefois ; la peau n'est ni sèche, ni squameuse. Cependant elle a moins transpiré cet été que d'habitude. La parole et les mouvements ne sont point ralentis ; il n'y a plus de maladresse ; elle en a remarqué encore lorsqu'elle s'électrisait. Les jambes se fatiguent plus vite qu'autrefois et elle éprouve assez souvent des faiblesses dans tout le corps. La sensibilité tactile paraît normale, la vue a baissé, l'ouïe est par moment affaiblie. L'appétit est moins bon qu'autrefois. Les digestions sont assez difficiles, accompagnées de gonflement. La malade a, depuis l'opération, toujours froids aux pieds, au cou et au dos.

Elle indique des douleurs variées constantes ou intermittentes ; d'abord cette douleur dans la poitrine qui persiste malgré le retour de la voix, puis des bourdonnements et des douleurs dans la tête siégeant à son sommet ; il lui semble qu'on lui arrache les cheveux ; les yeux lui font mal et elle ne peut presque plus lire ; dans les membres elle éprouve également des douleurs ; dans les membres inférieurs, ce sont comme des fourmillements, des douleurs plus aiguës, des élancements qui partent des aînes et descendent dans les

jambes. Elle a fréquemment des vertiges quand elle se baisse, de la gêne de la respiration quand elle fait des mouvements violents. Enfin, elle a beaucoup perdu la mémoire, non des faits anciens, mais des choses récentes, elle oublie souvent ce que sa maîtresse vient de lui commander.

Règles régulières, peu abondantes et peu colorées. J'examine le cou; il n'y a pas de pseudo-lipômes sus-claviculaires, la cicatrice de l'opération est souple, *il semble qu'il n'y a plus de thyroïde*; en cherchant bien et en lui faisant avaler de l'eau, je crois sentir un corps très petit, à la place du lobe droit, mais je n'en suis pas bien sûr et s'il reste un vestige de l'organe, en tout cas, il est à peu près réduit à rien.

Après mon examen, la malade se met à pleurer et me demande si elle se remettra; elle est désolée de son état quoiqu'elle puisse pourtant faire son service de cuisinière. Je lui prescris des inhalations d'oxygène.

---

#### OBSERVATION XXXIII.

(Schwartz. Rev. de chir. 1888, p. 997.)

B. M..., âgée de 30 ans, journalière, entre à l'hôpital Tendon le 20 janvier 1881, salle Boyer, lit n° 15. Elle a le cou gros depuis 10 à 12 ans; mais elle n'en a jamais souffert.

Il y a 3 jours, elle a eu un frisson accompagné de douleurs dans le cou, avec sensation de battements, sans dysphagie, ni dyspnée, en même temps que le cou augmentait de volume aussi bien à droite qu'à gauche, mais surtout à droite, saillant en avant; comme la malade souffre beaucoup, nous lui faisons une ponction aspiratrice qui retire 80 grammes de liquide sanguinolent, chargé de paillettes de cholestérine, avec un assez grand nombre de globules blancs.

La malade souffrant beaucoup et la tumeur s'étant reproduite aussi volumineuse, 5 jours après nous l'incisons en nous guidant sur un trocart et nous pénétrons à une profondeur très grande, 4 à 5 centimètres, dans un kyste qui laisse écouler de la sérosité trouble ne ressemblant en rien au liquide extrait d'abord; il y a probablement plusieurs poches. Un gros drain est introduit profondément par la plaie.

La tumeur diminue peu à peu et l'incision, après le raccourcissement progressif du drain, puis son ablation définitive, n'est fermée que le 8 avril, soit trois mois après l'opération.

Nous avons profité du séjour de la malade pour combiner l'incision avec des injections interstitielles de teinture d'iode, en même temps qu'elle prenait de l'iode intérieurement. A sa sortie, le kyste drainé avait disparu et le goitre latéral avait si bien diminué que le cou avait presque repris son volume normal.

---

#### OBSERVATION XXXVIV.

(A. Reverdin. Rev. de chir. 1892. Résumée.)

A..., 22 ans, ouvrier typographe, d'apparence chétive, porteur d'un goitre multilobé de nature adénoïde.

Le 25 novembre, incision le long du bord interne du sterno-cléïdo-mastoidien, descendant jusqu'à la fourchette sternale; elle passe en dedans du lobe gauche et croise le médian. Le lobe médian mis à nu renferme un noyau du volume d'un œuf de pigeon qu'on énuclée facilement. On extrait du lobe gauche un noyau plus gros d'un tiers, et un troisième noyau du volume d'une mandarine. Une tumeur de volume moindre que celle-ci se trouve dans le lobe droit. On laisse en place pour ne pas prolonger l'opération. Hémostase. 3 drains. Contre ouverture à droite et à gauche de la ligne médiane

pour laisser passer les tubes. Pansement iodoformé. Le malade est un peu inquiet les deux jours suivants; il a de la peine à avaler et sa voix est très éteinte. La température monte à 37°3 le premier soir; 37°9 le deuxième. Le malade se lève à partir du deuxième jour. Le troisième, les drains sont supprimés; le sixième, les sutures sont enlevées. Huitième jour, le malade va à son bureau sans cependant y travailler. Il est assez faible pendant une partie de l'hiver, mais est actuellement en bien meilleur état qu'avant l'opération. Le petit lobule signalé dans le lobe droit, loin d'avoir augmenté, a plutôt diminué de volume.

---

#### OBSERVATION XXXV. (Inédite.)

(Service de M. Poncet.)

##### EXOTHYROPEXIE.

Femme âgée de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon au mois de novembre 1893, pour un gros goitre datant de 23 ans, s'étendant d'une apophyse mastoïde à l'autre et par son volume, forçant la malade à tenir la tête en extension.

M. Jaboulay pratique l'exothyropexie. Circonférence du cou : 55 centimètres. A plusieurs reprises, on fait des applications de teinture d'iode ou de vésicatoires. Il s'ensuit chaque fois une ascension thermique considérable.

Le 15 décembre, c'est-à-dire 5 semaines 1/2 après l'opération, la circonférence du cou ne mesure plus que 42 centimètres. Il y a donc une réduction de 13 centimètres.

---

Nous devons à Wolff (Deutsche Med. Woch. 1893, n° 11), une statistique importante dressée spécialement au point de vue de l'atrophie des parties du goitre laissées en place (Kropfrest) : nous ne pouvons pas la passer sous silence.

Dans les 26 opérations partielles pratiquées par cet auteur et dont les résultats éloignés purent être constatés, 23 fois un seul lobe fut enlevé, 3 fois le chirurgien fit l'ablation d'un lobe et réséqua une partie plus ou moins considérable de l'autre lobe.

Voici les résultats constatés par Wolff. « Dans tous les 26 cas on observa dans les premières semaines, ou les premiers mois après l'opération, une atrophie plus ou moins considérable. 22 fois l'atrophie fut frappante surtout dans les premières semaines pour progresser d'une façon plus insensible ; 4 fois (1 goitre exophtalmique, 2 goitres à noyaux intraglandulaires, 1 goitre simplement parenchymateux), l'atrophie primitive ne fut pas très considérable, mais se prolongea en augmentant graduellement pendant une durée de 3 mois à 1 an.

14 fois dans l'espace de 8 semaines à 1 an environ, la partie du goitre laissée en place était revenue à ses dimensions normales, en sorte que par la palpation la plus précise, on ne pouvait pas mieux sentir cette partie de goitre que s'il se fût agi de la moitié d'un corps thyroïde normal. Sur ces 14 cas, il y avait 12 goitres parenchymateux simples, 1 goitre gélatineux, 1 goitre à noyaux intraglandulaires.

Je fais remarquer que dans l'extirpation de l'isthme, que je n'ai pas eu l'occasion de revoir de nouveau, on

observait dans le premier mois déjà une atrophie de la glande qui était ramenée à ses dimensions normales.

12 fois j'ai observé une régression incomplète du quart, du tiers ou de la moitié de la grosseur primitive dans l'espace d'un an après l'opération. Il s'agissait 4 fois de maladie de Basedow, 3 fois de goître parenchymateux compliqué, 3 fois de goître parenchymateux simple et 2 fois de goître à noyaux intraglandulaires.

Il y eut 6 récurrences dont une 3 mois après l'opération (maladie de Basedow) et les 5 autres de 1 à 6 ans après. »

---

## CONCLUSIONS.

---

Le traitement chirurgical des goîtres, s'accompagnant de troubles fonctionnels et ayant résisté au traitement classique par la médication iodée, comporte, suivant leur nature, diverses opérations sanglantes.

Ces diverses opérations qui sont : pour les goîtres encapsulés, la strumectomie ou énucléation intraglandulaire (Socin); pour les goîtres charnus ou anencapsulés, la thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie (Jaboulay), etc. (nous rejetons, avec tous les chirurgiens, la thyroïdectomie totale qui provoque, comme on le sait, le myxœdème, des troubles nerveux graves), s'accompagnent d'une atrophie plus ou moins rapide et complète des tissus morbidés laissés en place.

Cette atrophie des portions goitreuses restantes avait été particulièrement signalée par Sydney Jones, en Angleterre, Wolff en Allemagne et MM. Poncet et Jaboulay en France. Elle constitue un fait clinique d'une haute importance.

L'atrophie paraît se faire d'autant plus aisément qu'il s'agit de goîtres parenchymateux, charnus, anen-

capsulés. Elle trouve les conditions les plus favorables dans l'âge du sujet et le peu d'ancienneté du goitre. (Poncet.)

Contrairement aux résultats obtenus par les physiologistes après les thyroïdectomies partielles pratiquées sur les animaux sains, résultats qui se caractérisent par une hypertrophie des parties respectées de l'organe, on observe donc une atrophie du goitre, mais il faut établir une distinction entre le tissu thyroïdien sain et le tissu thyroïdien malade. Aussi, tout en constatant une régression du goitre il faut vraisemblablement admettre jusqu'à un certain point une hypertrophie parallèle du tissu thyroïdien normal.

Au point de vue opératoire, cette atrophie justifie les manœuvres sanglantes plus ou moins atypiques sur le corps thyroïde : incision libératrice, luxation, déplacement des parties comprimantes, etc. ; enfin, elle met en valeur l'exothyropexie dont le but principal est précisément de provoquer l'atrophie des tissus pathologiques en conservant les portions saines de la glande.

Nous ignorons le mécanisme de cette régression qui est probablement due à une irritation anormale du tissu thyroïdien (thyroïdo-éréthisme de M. Poncet). L'atrophie se produit probablement d'autant plus aisément qu'il s'agit de néoformations glandulaires récentes et que la vascularité de ces tissus est plus considérable. N'est-ce point là du reste un fait thérapeutique chirurgical maintes fois constaté, que la disparition d'une tumeur de lésions après une opération dans laquelle ces tissus pathologiques avaient cependant été respectés ?

Malgré les précautions aseptiques les plus rigoureuses, on observe généralement, après les opérations sanglantes pratiquées pour des goîtres, une élévation notable de la température pendant les premiers jours qui suivent. Ce pouvoir thermogénique de la thyroïde nous avait tout particulièrement été signalé par M. le professeur Poncet et nous l'avons observé chez un grand nombre des opérés de son service.

Cette fièvre thyro-toxhémique qui entraîne, pendant les quatre ou cinq premiers jours et quelquefois au-delà, des températures dépassant 39°, alors que la plaie reste cependant complètement aseptique, est probablement due à une exagération ou plutôt à une perversion de la sécrétion interne du corps thyroïde provoquée par l'excitation opératoire de cet organe. Les expériences entreprises par M. Orcel, dans le service de M. Poncet, confirment cette manière de voir.

VU : P<sup>r</sup> LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

*Vu, bon à imprimer :*

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

*Permis d'imprimer*

Lyon, le 15 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.









